

Heli Hietala

Lähipalveluja tien päällä rullaten

Opinnäytetyö

Syksy 2015

SeAMK Sosiaali- ja terveys

Vanhustyön tutkinto-ohjelma



SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU
SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU

Opinnäytetyön tiivistelmä

Koulutusyksikkö: Sosiaali- ja terveysala

Tutkinto-ohjelma: Vanhustyön tutkinto-ohjelma

Suuntautumisvaihtoehto: Geronomi (AMK)

Tekijä: Heli Hietala

Työn nimi: Lähipalveluja tien päällä rullaten

Ohjaajat: Katariina Perttula & Anna-Kaarina Koivula

Vuosi: 2015

Sivumäärä: 68

Liitteiden lukumäärä: 5

Suomen sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmä on monien uusien haasteiden edessä. Kuntaliitosten yhteydessä sosiaali- ja terveyspalvelut keskittyvät kuntien keskuksiin, jolloin haja-asutusalueet joutuvat kyseisten palvelujen saatavuuden suhteen eriarvoiseen asemaan. Pitkät välimatkat, julkisen liikenteen puutteellisuus sekä palvelutarjonnan supistuminen herättävät pohtimaan keinoja ikääntyneiden hyvinvointia turvaavien palvelujen kehittämiseksi.

Opinnäytetyössä on tutkittu mahdollisuutta sosiaali- ja terveyspalvelujen saatavuuden lisäämiseen liikkuvien hyvinvointipalvelujen avulla. Työssä on lisäksi selvitetty ikääntyneiden sosiaali- ja terveydenhuollon lähipalveluiden tarpeita sekä maaseutuasumisen vaikutuksia palvelujen saatavuuteen.

Tutkimus on kohdennettu Ylistaron ja Luopajarven kylän asukkaisiin. Laadullinen tutkimusaineisto on kerätty kevään ja syksyn 2015 aikana kyselyn ja yksilöityjen teemahaastattelujen avulla. Yhteensä tutkimukseen osallistuneita henkilöitä oli 33, joista 31 vastasi kyselyyn ja viisi osallistui haastatteluun.

Johtopäätökset osoittavat, että maaseutuasuminen heikentää sosiaali- ja terveyspalvelujen saatavuutta. Suurimmiksi lähipalveluiden tarpeiksi nousivat lääkäripalvelut ja terveysneuvonta sekä kotona asumista tukevat palvelut. Tutkittavat kokivat ajatuksen liikkuvasta hyvinvointilinja-autosta hyväksi ja palvelujen saatavuutta helpottavaksi.

Avainsanat: sosiaali- ja terveyspalvelut, lähipalvelut, liikkuvat palvelut, ehkäisevä vanhustyö, palveluohjaus

SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Thesis abstract

Faculty: School of Health Care and Social Work

Degree programme: Degree Programme in Elderly Care

Specialization: Bachelor of Elderly Care

Author: Heli Hietala

Title of thesis: Neighbourhood Services Rolling On Wheels

Supervisors: Katariina Perttula & Anna-Kaarina Koivula

Year: 2015

Number of pages: 68

Number of appendices: 5

The social and health care system is facing many new challenges in Finland. Due to consolidation of municipalities, social and health services are concentrated in inner cities. That leads to unequal status of service availability for the elderly in the scarcely populated areas. Because of long distances, lack of public transport and reduced services, we need to find different ways to improve services for the elderly.

This thesis investigates the possibility to increase the availability of social and health care services by creating mobile welfare services. In additions, I tried to find out the needs for neighbourhood services and the impact of living in the country side.

This research was centralized in Ylistaro and Luopajarvi village. The qualitative research material has been collected during the spring and autumn of 2015 by inquiries and individualized theme interviews. Altogether there were 33 people taking part in the research. Thirty-one (n=31) took part in the inquiry and five (n=5) participated in the interviews.

As the conclusion shows, living in the country side reduces the availability for service supply. The most important needs for neighbourhood services are doctor, health counselling and services supporting living at home. The idea of welfare set on wheels was considered good by the elderly who took part in the study.

Keywords: social and health care services, neighborhood services, mobile services, preventive work with the aged, service management

SISÄLTÖ

Opinnäytetyön tiivistelmä.....	2
Thesis abstract.....	3
SISÄLTÖ.....	4
Kuvio- ja taulukkoluettelo.....	5
1 JOHDANTO	6
2 TUTKIMUKSEN LÄHTÖKOHDAT.....	8
3 IKÄÄNTYMINEN	11
3.1 Ikääntymisen vaikutukset toiminnan eri osa-alueisiin.....	12
3.2 Aktiivinen ikääntyminen	13
4 EHKÄISEVÄ NÄKÖKULMA OSANA VANHUSTYÖTÄ	16
5 LÄHIPALVELUT.....	19
5.1 Saatavuus ja saavutettavuus	20
5.2 Ikäihmisten lähipalvelut.....	24
6 SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUJEN LIIKKUVAT PALVELUKONSEPTIT.....	27
7 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	31
7.1 Tutkimus- ja aineistonkeruumenetelmä	32
7.2 Aineistonhankinta.....	34
7.3 Aineiston käsittely ja analysointi.....	35
7.4 Tutkimuksen etiikka ja luotettavuus	37
8 TUTKIMUSTULOKSET	40
8.1 Tutkittavien taustatiedot	40
8.2 Sosiaali- ja terveyspalvelujen lähipalvelut.....	44
9 JOHTOPÄÄTÖKSIÄ.....	51
10 POHDINTAA	59
LÄHTEET	62
LIITTEET	68

Kuvio- ja taulukkoluetelo

Taulukko 1. Suomen väestön kehitys	8
Kuvio 1. Toiminnan eri osa-alueet	12
Kuvio 2. Ehkäisevän vanhustyön tasot ja toiminnot	17
Kuvio 3. Ikääntyneiden sopivina pitämät etäisyydet palveluihin	23
Kuvio 4. Ikääntyneiden sosiaali- ja terveysalan lähipalvelut	25
Kuvio 5. Aineistolähtöisen sisällönanalyysin vaiheet	36
Kuvio 6. Tutkittavien ikäjakauma	41
Kuvio 7. Asuinpaikan etäisyys keskustaan	42
Kuvio 8. Asuinpaikan vaikutukset sosiaali- ja terveyspalvelujen saatavuuteen ...	44
Kuvio 9. Tarvittavat sosiaali- ja terveyspalvelut	46
Kuvio 10. Hyvinvointilinja-auton vaikutukset arkeen	49
Kuvio 11. Onnikka - lähipalvelua pyörillä	55

1 JOHDANTO

Sosiaali- ja terveyspalvelut ovat olleet muutoksen alla jo useiden vuosikymmenien ajan. Suomen kaltaisessa ikääntyvässä hyvinvointivaltiossa korostuu paine sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannustehokkuuteen, sillä tulevien vuosikymmenten aikana ikääntyneiden osuus kasvaa ja sen myötä lisääntyvät myös sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannukset. Avopalvelun osuus kaikista palvelumuodoista on suuressa kasvussa samalla kun vastuu hyvinvoinnin ylläpitämisestä ja edistämisestä siirtyy yhä enemmän yhteiskunnalta kansalaisille. Vaikka tavoitteena on lisätä ikääntyneiden terveyttä ja hyvinvointia, sosiaali- ja terveydenhuollon alati lisääntyvät kustannukset varjostavat osaltaan palvelujen laatua ja monipuolisuutta. Kunnilta vaaditaan yhteistyötä palvelujen järjestämiseksi, jotta voitaisiin mahdollistaa lähipalvelujen järjestäminen myös pienissä kunnissa sekä taajama-asutusalueilla. (Suomi & Hakonen 2008, 93–94, 107.)

Kuntaliitosten myötä osa kunnista jää väistämättä palvelukeskiön ulkopuolelle, kun palvelut keskitetään keskuspitäjän alueelle. Palvelujärjestelmän tulisi kuitenkin saavuttaa kaikki sosiaali- ja terveyspalveluja tarvitsevat ikäihmiset, joten esille nousee haaste palvelujen saatavuuden suhteen. Tästä syntyy tarve uudentyyppisille innovatiivisille tavoille tuottaa sosiaali- ja terveyspalvelut. Valtakunnallisesti menestystä saavuttaneena palvelukonseptina toimivat erilaiset, matalan kynnyksen liikkuvat palvelut, joiden avulla mahdollistetaan lähipalvelujen vieminen keskustajamien ulkopuolelle. Liikkuvat palvelut, kuten erilaiset palveluautokonseptit ovat pitkällä aikavälillä tehokas tapa viedä palveluja sinne, mistä on hankalaa lähteä palvelujen luokse. Liikkuvien palveluiden avulla voidaan varmistaa, että myös taajama-alueilla ja syrjäseuduilla asuvilla ikäihmisillä on mahdollisuus sosiaali- ja terveyspalveluihin.

Kustannustehokkaan palvelurakennemuutoksen kehittämisessä tärkeään osaan nousevat palveluohjaus ja ehkäisevä palvelutarpeen arviointi. Palveluohjauksella (case management) tarkoitetaan toimintoja, joiden avulla voidaan vastata asiakkaan kulloisenkin elämäntilanteen tarpeisiin erilaisten palveluiden ja tuen avulla. Palveluohjauksessa asiakas huomioidaan kokonaisvaltaisena ja voimavaralähtöisenä palvelujen käyttäjänä. Palveluohjauksen perustana toimii aina sekä asiakkaan että työntekijän yhteistyö ja sitoutuminen sekä lisäksi asiakkaan vapaaehtoisen osallisuuden ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen. (Pietiläinen & Seppälä 2008, 10–12.)

Huoli ikäihmisten eriarvoisesta asemasta sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttäjinä herätti kiinnostuksen tutkia, miten kyseisten palvelujen saatavuutta voitaisiin parantaa alueilla, joilla saatavuus esimerkiksi palvelun tarjonnan ja kulkuyhteyksien vuoksi on haasteellista tai jopa mahdotonta. Opinnäytetyössäni tutkin, olisiko liikkuvien matalan kynnyksen palveluiden avulla mahdollista lisätä sosiaali- ja terveysalan palvelujen saatavuutta Seinäjoen ja lähikuntien haja-asutusalueilla.

2 TUTKIMUKSEN LÄHTÖKOHDAT

Suomen väestö ikääntyy kovaa vauhtia, sillä samalla kun eläkeikäisten suhteellinen osuus kasvaa, työikäisten osuus väestöstä vähenee. 2030-luvulla Suomessa arvioidaan yli 65-vuotiaiden osuudeksi 25 % koko väestöstä. Vuonna 2020 yli 80-vuotiaiden osuudeksi arvioidaan yli viisi prosenttia koko väestöstä, mikä lisää sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksia muun muassa hoidon ja hoivapalveluiden osalta. (Heikkinen & Marin 2002, 37.) Alla olevassa taulukossa 1. on esitetty eri ikäryhmien määrä vuonna 2009 ja arvioitu prosentuaalinen kasvu vuoteen 2020 mennessä.

Ikäryhmä	2009	2020	Kasvu (%)
70–79	405 000	602 000	49 %
80–89	216 000	269 000	25 %
90–99	31 000	61 000	95 %
100 -	566	1 090	93 %

Taulukko 1. Suomen väestön kehitys (Tepponen 2012, 6).

Ikääntyneiden osuus lisääntyy ja vuonna 2020 Suomessa yli sata vuotiaiden määrän arvioidaan olevan jo yli tuhat. Kasvua arvioidaan tapahtuvan niin 70–79-vuotiaiden, 80–89-vuotiaiden, 90–99-vuotiaiden kuin yli satavuotiaidenkin kohdalla. Suurin kasvu on odotettavissa kuitenkin 90–99-vuotiaiden (95 %) ja yli sata vuotiaiden (93 %) kohdalla. 70–79 - vuotiaissa kasvua odotetaan tapahtuvan 49 prosenttia vuoteen 2020 mennessä. Tämä lisää erityisesti aktiivisten sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttäjien määrää, sillä selkeästi suurin osa tämän ikäryhmän ihmisistä asuu vielä kotona, joko tukipalveluiden avulla tai ilman. Tästä syntyy tarvetta eri ikäryhmille suunnattujen palvelujen saatavuuden kehittämiseksi. Kehittämistyö vaatii alan ammattiosaamista sekä ymmärrystä esimerkiksi ikääntymisen vaikutuksista palvelujen tarpeeseen.

Geronomi (AMK) on sosiaali- ja terveysalan vanhustyön asiantuntija, jonka ammatillisen osaamisen alueeseen kuuluvat esimerkiksi vanhusten terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen sekä vanhushuolteen laaja-alainen kehittäminen (SeAMK). Ehkäisevä näkökulma on vahvasti läsnä geronomin työssä ja koulutuksen myötä myös oman kiinnostukseni painopiste on ehkäisevässä vanhustyössä. Kiinnostuksen pohjalta olen valinnut ehkäisevän näkökulman myös opinnäytetyöni aiheeksi.

Opinnäytetyön aiheen valinnan takana on kiinnostus tutkia, kuinka yhteiskunnassa tapahtuvat muutokset mahdollisesti vaikuttavat ikäihmisiin. Kuntaliitosten vuoksi suuri osa ikäihmisistä jää sosiaali- ja terveyspalvelujen ulkopuolelle palvelujen keskittyessä keskustaajamiin. Tästä aiheutuu pienten sivukylien asukkaiden sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen saatavuuden heikkenemistä. Opinnäytetyöni tarkoituksena onkin tutkia sosiaali- ja terveyspalvelujen saatavuutta ja tarvetta kaupunkien haja-asutusalueilla.

Keskityn tutkimuksessani tarkastelemaan, voisivatko liikkuvat hyvinvointipalvelut lisätä syrjäseutujen asukkaiden sosiaali- ja terveyspalvelujen saatavuutta. Tutkimustuloksista saatavia tietoja voidaan hyödyntää ehkäisevässä vanhustyössä ja erityisesti sosiaali- ja terveyspalvelujen lähipalvelujen saatavuuden kehittämisessä. Liikkuvien hyvinvointipalvelujen avulla on mahdollista huolehtia kaupunkien haja-asutusalueilla asuvien ikäihmisten hyvinvoinnista ja palvelujen tavoitettavuudesta.

Opinnäytetyössäni tuon lisäksi esille palveluohjauksen merkitystä ikääntyneiden sosiaali- ja terveyspalveluissa. Työharjoittelujen sekä työkokemuksen ansiosta olen saanut vahvaa näyttöä palveluohjauksen tärkeydestä. Kun ikääntyneelle syntyy tarve sosiaali- tai terveyspalveluille, voi tarjolla oleva palvelukokonaisuus näyttäytyä sekavalta. Palveluohjaajana työskennellessäni havahduin siihen, että ikääntyneiden tietoisuus erilaisista sosiaali- ja terveyspalveluista on suppea. Tämän vuoksi palveluohjaajan rooli on merkittävä.

Haen opinnäytetyölläni vastauksia seuraaviin kysymyksiin:

- Millaisia sosiaali- ja terveysalan lähipalveluita ikäihmiset kaipaavat hyvinvointinsa tueksi?
- Millä tavalla ikäihmiset kokevat maaseudulla keskusta-alueen ulkopuolella asumisen heikentävän sosiaali- ja terveyspalvelujen saatavuutta?
- Miten haja-asutusalueiden ikäihmiset suhtautuvat ajatukseen hyvinvointi-linja-autosta, jonka avulla palvelut olisi mahdollista tuoda suoraan asiakkaan luo?

Tutkimukseni rakenne etenee teorian kautta empiriaan ja lopulta johtopäätöksiin. Teoreettisessa viitekehyksessä olen käsitellyt monipuolisesti ikääntymiseen ja sitä kautta syntyvään palvelutarpeeseen liittyviä asioita. Teoriaosuudessa olen tutustunut myös sosiaali- ja terveyspalvelujen lähipalveluihin sekä ehkäisevään näkökulmaan osana vanhustyötä, johon liikkuvien hyvinvointipalvelujen käyttäminen olennaisesti liittyy. Lisäksi tuon esille esimerkkejä jo toiminnassa olevista sosiaali- ja terveyspalvelujen liikkuvista palvelukonsepteista. Empiriaosuudessa vien teoriatietoa käytäntöön laadullisen tutkimuksen aineistonkeruumenetelmien, kuten haastattelujen, avulla. Tutkimustuloksissa tarkastelen tutkimusongelmaan saamiini vastauksia ja lopuksi esittelen tutkimukseni johtopäätökset sekä mahdolliset jatkotutkimusaiheet.

3 IKÄÄNTYMINEN

Laissa ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista eli niin sanotussa vanhuspalvelulaissa ikääntyneellä väestöllä tarkoitetaan henkilöitä, jotka iän puolesta ovat oikeutettuja vanhuuseläkkeeseen. Iäkkäällä henkilöllä viitataan sellaiseen henkilöön, jolla on ikääntymisen myötä alkaneiden tai lisääntyneiden sairauksien johdosta heikentynyt fyysinen, psyykkinen, sosiaalinen tai kognitiivinen toimintakyky. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2013, 4.)

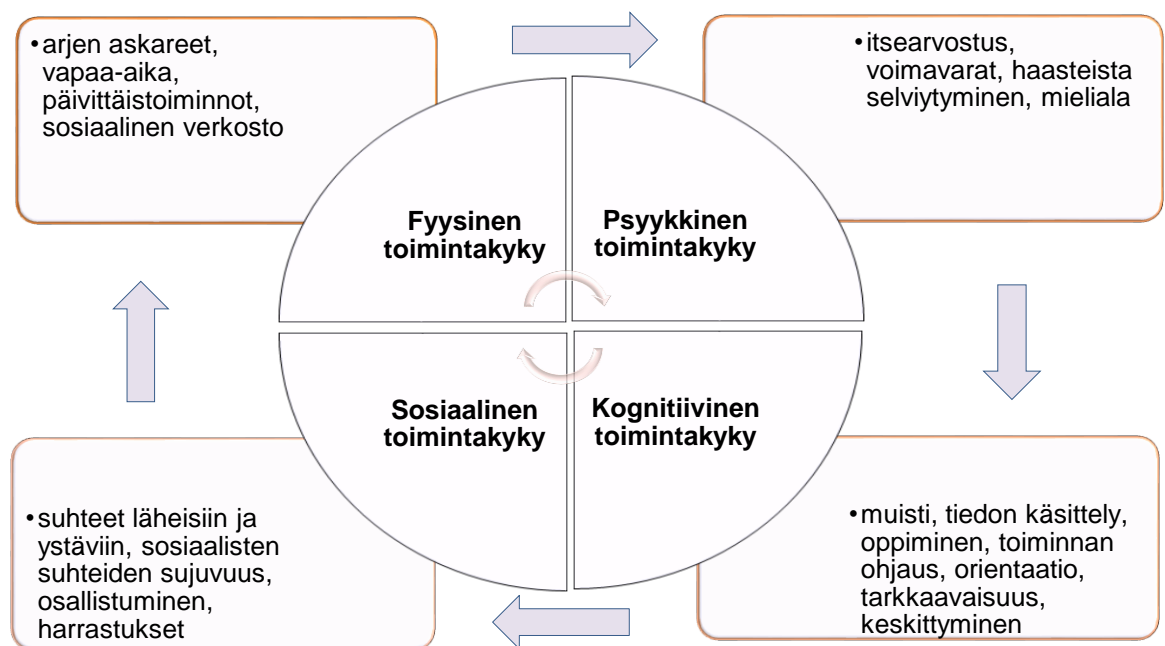
Ikääntyminen on kokonaisvaltainen, väistämätön prosessi, joka alkaa syntymästä ja päättyy kuolemaan. Vanheneminen voidaan siis ajatella vähittäin etenevänä koko elämän kattavana toimintaketjuna, jonka vaikutukset koskettavat psyykkistä, fyysistä ja sosiaalista toimintakykyä. Ihmiset vanhenevat yksilöllisesti ja ikääntyneet nähdäänkin heterogeenisenä eli epäyhtenäisenä väestöryhmänä niin psyykkisten, fyysisten ja sosiaalisten ominaisuuksien, elämäntilanteiden kuin taustojenkin puolesta. (Nurmi 2006.)

Ikääntymisen tarkka määrittelemisen tuottaa haasteita, sillä ihmisen kronologinen eli kalenterivuosisissa mitattu ikä ei aina vastaa fyysistä, psyykkistä tai sosiaalista ikää. Ikäihmiseen yleisesti liitettyt ominaisuudet, kuten hiusten harmaa väri tai kasaan painunut olemus, eivät välttämättä tee ihmisestä ikääntynyttä, sillä 60-vuotias voi olla fyysiseltä kunnoltaan huonompikuntoinen kuin 75-vuotias. Eräänä yleisesti käytettynä ikääntymisen määritelmänä pidetään silti eläkkeelle siirtymistä, vaikkakin sen merkitys on vähenemässä yhä nuorempien jäädessä eläkkeelle. (Squire 2002, 13.)

Karisto (2004, 3) kuvaa Kolmas ikä: Uusi näkökulma väestön vanhenemiseen -artikkelissaan ikääntymisen tarkastelumahdollisuuksia niin sanottujen kolmannen ja neljännen iän avulla. Kolmannella iällä tarkoitetaan ikävaihetta, joka osuu eläkeiän alkuvuosien ja varsinaisen vanhuuden väliin. Nurmi (2006) jakaa ikäihmiset vielä aktiivisiin ja terveisiin senioreihin sekä palvelujen ja tuen avulla selviäviin yli 80-vuotiaisiin vanhuksiin.

3.1 Ikääntymisen vaikutukset toiminnan eri osa-alueisiin

Ikääntyminen vaikuttaa fyysiseen, psyykkiseen, kognitiiviseen sekä sosiaaliseen toimintakykyyn. Toimintakyvyn heikkeneminen ei ole suoraan verrannollinen ikään, sillä toimintakykyyn vaikuttavat monet ympäristölliset ja yksilölliset tekijät, kuten henkilökohtainen aktiivisuus, koulutus sekä sairaudet. Toimintakykyä voidaan tarkastella kahdesta eri näkökulmasta, joita ovat voimavaralähtöisyys ja toiminnan vajaukset (Toimintakyvyn arviointi 2014). Toimintakyvyn eri osa-alueet on esitetty kuviossa 1.



Kuvio 1. Toiminnan eri osa-alueet (Toimintakyvyn arviointi 2014).

Fyysisen toimintakyvyn komponentteja ovat päivittäistoiminnoista selviytyminen, arjen askareiden hoitaminen, mielekkään vapaa-ajan viettäminen sekä sosiaalisen verkoston ylläpitäminen. Psyykkiseen toimintakykyyn kuuluvat itsearvostus, voimavarat, haasteista selviytyminen sekä mieliala. Kognitiivisen toimintakyvyn komponentteihin kuuluvat esimerkiksi muisti, oppiminen sekä toiminnan ohjaus ja sosiaalisen toimintakyvyn komponentteihin puolestaan sosiaaliset suhteet, osallistuminen ja harrastukset. (Toimintakyvyn arviointi 2014.)

Toimintakyvyn osa-alueet ovat vuorovaikutuksessa keskenään ja niillä on osittain myös päällekkäisiä vaikutuksia (Lyyra, Pikkarainen & Tiikkainen 2007, 21). Fyysisen toimintakyvyn heikentymisen seurauksena voi olla mielialan laskua, masentuneisuus saattaa puolestaan aiheuttaa muistiongelmia ja muistiongelmien vuoksi sosiaalinen kanssakäyminen saattaa vähentyä, jolloin mielekäs vapaa-ajan vietto jää vähemmälle. Vuorovaikutuksen vuoksi onkin syytä huolehtia niin fyysisen, psyykkisen, kognitiivisen kuin sosiaalisenkin toimintakyvyn toimivuudesta, jotta tuloksena olisi mahdollisimman hyvä ikääntyminen. Lyyran ym. (2007, 24) esittämän näkemyksen mukaan ennen vanhuusikää hankitulla sosiaali- ja terveystoimalla on toimintakykyyn positiivisia vaikutuksia myös myöhemmällä iällä.

3.2 Aktiivinen ikääntyminen

Maailman terveysjärjestö WHO määrittelee aktiivisen ikääntymisen (active ageing) prosessiksi, jossa pyritään terveyden, osallistumisen ja turvallisuuden tehostamiseen. Prosessin tuloksena on näin ollen ikääntyneen elämänlaadun paraneminen. (Kautto 2004, 9.) Aktiivisen ikääntymisen tilalla voidaan käyttää muitakin termejä ja esimerkiksi Lyyra ym. (2007, 25) nostavatkin aktiivisen ikääntymisen rinnalle käsitteen terve vanheneminen (healthy ageing). Terve vanheneminen tarkoittaa toimintaa, jossa pyritään parantamaan fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen terveyden mahdollisuuksia ja sen avulla mahdollistamaan ikääntyneen aktiivinen osallistuminen.

Aktiivinen ikääntyminen subjektiivisena käsitteenä ei ole itsestäänselvyys, vaan vaatii yhteiskunnallista panostusta. Kivelä (2012, 16–17) nostaa esille ajatuksen, jonka mukaan arvokas ja turvallinen ikääntyminen vaatii toteutuakseen tasaveroon perustuvaa yhteiskuntaa sekä eri ikäryhmien oikeuksien toteutumista. Ikääntyneille tulee tarjota mahdollisuus vaikuttaa omaan turvallisuuteensa ja sitä kautta luomaan hyvä, turvallinen sekä arvokas vanhuus. Omasta fyysisestä ja psyykkisestä terveydestä, toimintakyvystä sekä sosiaalisista suhteista huolehtiminen lisää itsearvostusta ikääntyneiden kohdalla.

Aktiivista ikääntymistä voidaan tarkastella esimerkiksi aktiivisuusteorian avulla. Sen mukaan ikääntyneen tulisi jatkaa keski-iässä noudattamaansa elämäntyyliä ja kieltää vanhuuden olemassaolo mahdollisimman kauan. Yksilön toimintatapojen lisäksi tarvitaan yhteiskunnalta myönteistä asennetta ja tukea. Yhteiskunnan odotukset aktiivisen ikääntymisen suhteen tulisi olla tasapainossa ikääntyneille suunnattujen palveluiden kanssa. (Eliopoulos 2013, 17.)

Sanalla ”aktiivinen” viitataan sosiaalisiin, taloudellisiin, kulttuurillisiin ja hengellisiin asioihin kuin myös jatkuvaan kansalaistoimintaan. Siihen sisältyy siis paljon muutakin kuin ikääntyneiden fyysisen aktiivisuuden kuvaaminen. Aktiivinen ikääntyminen tähtää terveellisen elinajan odotteen pidentämiseen sekä vanhenemisen myötä elämänlaadun parantamiseen. Aktiivisen ikääntymisen perustana toimii pyrkimys ikäihmisten itsemääräämisoikeuden sekä itsenäisyyden säilyttämiseen. (WHO 2015.)

Aktiivisen ikääntymisen tulisi olla koko yhteiskunnan yhteinen yksilöiden, perheiden ja yhteisöjen kannalta mielekkäitä toimintoja sisältävä tavoite. Ikääntyneistä toiset ovat aktiivisempia kuin toiset ja tavoitteessa olisikin hyvä huomioida sekä enemmän että vähemmän aktiiviset ikäihmiset. Aktiiviseen ikääntymiseen tulisi sisällyttää lisäksi ehkäisevä näkökulma, jonka avulla voitaisiin ehkäistä sairauksia ja ylläpitää toimintakykyä. (Suomi & Hakonen 2008, 27–28.)

Aktiiviseen ikääntymiseen kuuluu myös voimaantumiseen ja voimavaraistamiseen pyrkiminen. Niiden avulla voidaan edistää elämänhallintaa sekä vahvistaa arjen merkitystä. Voimaantuminen (empowerment) voidaan nähdä subjektiivisena eli ihmisen itsensä kokemana prosessina tai yhteiskunnallisena osallistumisena. Molemmissa näkökulmissa keskeisessä asemassa on ikääntyneen henkilökohtainen kokemus siitä, että oma elämä on tasapainossa paitsi henkilön itsensä myös ympäristön kanssa. (Suomi & Hakonen 2008, 119.)

Voimavaralähtöisyys keskittyy tarkastelemaan elämään liittyviä ongelmia ensisijaisesti jo olemassa olevien voimavarojen kautta. Näin ollen voimavaralähtöinen ajattelutapa edistää ikääntyneiden hyvinvointia, sillä ikääntynyt nähdään aktiivisena toimijana eikä pelkästään palveluja käyttävänä passiivisena objektina. Ikääntyneiden voimavarat voidaan luokitella esimerkiksi fyysisiin, psyykkisiin, sosiaalisiin sekä ympäristöllisiin voimavaroihin, jotka vaikuttavat ikääntyneen elämän laadukkuuteen muun muassa hyvän toimintakyvyn ja laajan sosiaalisen pääoman kautta. (Suomi & Hakonen 2008; 118, 122.)

Hokkanen (2014, 44) viittaa valtaistumiseen ja voimaantumiseen osana oman kokemuksen ja tietoisuuden kasvamista sekä sosiaalisen ja yhteiskunnallisen aseman paranemista. Voimaantumisen ja valtaistumisen taustalla vaikuttaa aina lähtökohdiltaan sellainen tilanne, johon yksilö kaipaa muutosta. Prosessia eteenpäin ohjaa luottamus siihen, että paremman tilanteen saavuttaminen on mahdollista. Yksilö on siis keskeisessä asemassa koko prosessin onnistumisessa, mutta ulkoiset seikat, kuten ympäristön tarjoama tuki, vaikuttavat osaltaan valtaistumisen ja voimaantumisen lopputilanteeseen.

Aktiivisen ikääntymisen rinnalle voidaan nostaa myös aging in place - ajattelu, jonka periaatteena on mahdollistaa ikääntyneiden asuminen omassa kodissa niin kauan, kuin ikääntynyt sitä itse haluaa. Aging in place - ajattelu on noussut suosioon monessa maassa, eikä syyttä. Erilaiset palvelu- ja hoivakodit, sairaaloista ja laitoksista puhumattakaan, kun eivät voi tarjota samankaltaista kodinomaista asumista ja elämistä kuin oma koti. (Borell 2006, 1.)

Aging in place - käsitteellä tarkoitetaan mahdollisuutta turvalliseen, itsenäiseen sekä mukavaan asumiseen iästä tai muuttuneesta toimintakyvystä huolimatta. Tavoitteena on mahdollistaa lisäksi ikääntyneen oma toimijuus läpi elämän muokkaamalla asuinympäristöä omaa elämänhallintaa ja selviytymistä tulevaksi. Aging in place - ajattelun mukaisesti ikääntyneen asumisen ympärille kootaan eräänlainen asumis- ja hoivapalveluja tarjoava verkosto, minkä ansiosta ikääntyneen ei tarvitse muuttaa kotoa palvelutarpeiden muuttuessa. (Välikangas 2009, 8.) Aging in place - ajattelun mukaisesti tärkeään asemaan nousevat lähipalveluverkostot. Kun ikääntyneellä on mahdollisuus hyödyntää kodin läheisyydessä tarjottavia palveluja, mahdollistuu myös kotona asuminen.

4 EHKÄISEVÄ NÄKÖKULMA OSANA VANHUSTYÖTÄ

Ehkäisevä työ (prevention) on monipuolinen käsite, joka käsittää sairauksien ehkäisemisen, toimintakyvyn ja terveyden edistämisen sekä terveydelle ja toimintakyvylle merkityksellisten voimavarojen vahvistamisen. Erityisesti ikääntyneiden ihmisten kohdalla ehkäisevän työn merkitys korostuu, kun puhutaan toimintakyvyn heikkenemisestä tai sen vahvistamisesta ja ylläpitämisestä. Ehkäisevän työn periaatteena on paitsi tunnistaa ikääntyneen elämänlaatuun tai terveyteen heikentävästi vaikuttavat tekijät myös vaikuttaa niihin ennakoivasti. Näin ollen ehkäisevällä työllä pyritään hidastamaan ikääntymisestä johtuvaa voimavarojen kulumista, torjumaan sairauksia sekä edistämään terveyttä. Keskeisessä asemassa on oikea ajoitus, sillä ehkäisevä toiminta tulee aloittaa jo ennen ikääntyneen toimintakyvyn alenemista. (Suomen kuntaliitto 2002, 14.)

Ehkäisevä vanhustyö on muuttuva toimintamuoto, jota kehitetään uusien tutkimuksien ja havaintojen pohjalta. Terveyttä ja hyvinvointia edistävästä sekä toisaalta sairauksia ja toimintakyvyn alenemisesta ehkäisevästä näkökulmasta tarkasteltuna keskeiseen asemaan nousevat ikääntyneiden voimavarojen hyödyntäminen ja palvelujen organisointi, jossa voidaan hyödyntää palveluohjauksen toimintaperiaatetta. Pietiläisen ja Seppälän (2008, 11) mukaan asiakkaalle nimettävän henkilökohtaisen vastuuhenkilön eli palveluohjaajan tehtävänä on muuttaa palvelua asiakkaan elämäntilannetta ja tarpeita vastaavaksi. Palveluohjaajan työtehtäviin kuuluvat esimerkiksi auttaminen asiakkaan omien voimavarojen jäsentämisessä, tuen tarpeiden selvittämisessä ja ratkaisumallien löytämisessä. Lisäksi palveluohjaaja jakaa tietoa esimerkiksi eri palveluiden vaihtoehtoista ja neuvoo asiakasta oikean palvelutarjoajan luo.

Ehkäisevän vanhustyön toimintaa voidaan tarkastella primaari-, sekundaari- tai tertiääritasolla. Ensisijainen eli primaaritason toiminta tarkoittaa terveyden edistämistä ja sairauksien ehkäisemistä, toissijainen eli sekundaaritason toiminta keskittyy sairauksien varhaiseen diagnoosiin ja hoitoon ja tertiääritason toiminnalla puolestaan ehkäistään sairauksien uusiutuminen tai paheneminen. (Suomen kuntaliitto 2002, 14.) Kuviossa 2. on esitetty ehkäisevän ja korjaavan työn tasot ja toiminnot, joilla ikääntyneiden hyvinvointia voidaan edistää. Vuonna 2005 voimaan astu-

neen kotihoidon kokeilun seurauksena kotipalvelu ja kotisairaanhoido on yhdistetty kotihoidoksi (Sosiaali- ja terveysministeriö a. 2014). Lähteessä on käytetty käsitteitä kotipalvelu ja kotisairaanhoido, jotka on kuvioon yhdistetty kotihoidoksi.



Kuvio 2. Ehkäisevän vanhustyön tasot ja toiminnot (mukaillen Suomen kuntaliitto 2002, 14).

Primaaritason ikäihmiset ovat itsenäisesti asuvia ja hyväkuntoisia. Heidän osuutensa on selkeästi suurin (60 %) yli 65-vuotiaista. Ehkäisevän työn toimintoja ovat esimerkiksi säännölliset terveystarkastukset, osallistava toiminta sekä vapaaehtoiset kokoontumisryhmät. Sekundaaritason ihmiset (30 % yli 65-vuotiaista) ovat palveluita tarvitsevia ikäihmisiä, joiden terveyden edistäminen tapahtuu esimerkiksi kotiin annettavien tukipalveluiden ja kuljetuspalveluiden avulla. Tertiääritaso kattaa 10 prosenttia yli 65-vuotiaista ihmisistä. He ovat paljon apua tarvitsevia ja huonokuntoisia, joten ehkäisevän työn toiminnot poikkeavat selkeästi primaari- ja sekundaaritasoon verrattuna. Tertiääritason ikäihmisten ehkäisevässä toiminnassa korostuvat geriatrinen kuntoutus, kotisairaanhoidon palvelut sekä moniammatillinen yhteistyö. (Suomen kuntaliitto 2002, 14.)

On syytä muistaa, että ehkäisevä vanhustyö koostuu sekä sosiaali- että terveyspalveluista. Primaari-, sekundaari- sekä tertiääritason toiminnot on kuitenkin laadittu pääasiassa terveydenhuollon näkökulmasta ja tästä syystä tasojen käyttäminen ei palvele tarkoitustaan joka tilanteessa. Sosiaalihuollon näkökulma jää usein tarkastelun ulkopuolelle. Sosiaali- ja terveysministeriön (b. 2011) mukaan ehkäisevien palveluiden ja kuntoutustoiminnan tarkoituksena on iäkkäiden toimintakyvyn ylläpitäminen. Sosiaalihuollon ja -palveluiden perspektiivistä ehkäisevät palvelut koostuvat muun muassa erilaisista neuvontapalveluista, hyvinvointia edistävästä kotikäynneistä, päivätoiminnasta sekä omaishoidontuesta.

Ehkäisevien palveluiden kenttä on laaja ja kuviossa 2. esitetyt palvelut kattavat kokonaisuudesta vain osan. Caiels ym. (2004, 42–43) esittelevät ehkäisevien palveluiden tarjontaa yksityiskohtaisemmin. He nostavat kunnallisten palveluiden rinnalle esimerkiksi yksityisten palveluntuottajien tarjoaman hoivan ja kotiavun, terapeuttien ja fysioterapeuttien palvelut sekä sosiaalityöntekijän tai palveluohjaajan tuottamat palvelut. Ehkäiseviin palveluihin kuuluu myös erilaisten apuvälineiden tarjonta ja käyttö. Niiden avulla voidaan edesauttaa kotona asumista mahdollisimman pitkään toimintakyvyn heikkenemistä huolimatta.

Neuvonnalla on yhä merkittävämpi rooli sosiaali- ja terveydenhuollossa. Palveluja voidaan toteuttaa yhdennetysti sekä sosiaali- että terveysneuvonnan puitteissa tai erikseen joko sosiaali- tai terveysneuvontana. Siinä missä terveysneuvonnan tarkoituksena on edistää terveyttä ja hyvinvointia sekä ehkäistä sairauksia, sosiaali-neuvonta keskittyy tiedottamaan asiakkaan oikeuksista ja etuuksista sekä ohjaamaan palvelujen käytössä. Neuvonta ja ohjaus voidaan toteuttaa kotikäyntien merkeissä, joiden yhteydessä voidaan kertoa kunnan tarjoamista tukimahdollisuuksista. Kotikäyntejä voidaan tarjota erityisesti sellaisille henkilöille, joiden elämäntilanteen arvellaan aiheuttavan palveluntarvetta lisääviä riskitekijöitä. (Sosiaalihuoltolaki 2015, 14.)

5 LÄHIPALVELUT

Edellisessä luvussa kuvattujen ehkäisevien palveluiden primaari-, sekundaari- ja tertiäärijaottelun ohella sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita jäsennetään usein lähipalvelu-käsitteen kautta. Lähipalvelulla tarkoitetaan lähes päivittäin käytettävää palvelua, joka on asiakasta lähellä tai minkä luo on hyvien kulkuyhteyksien avulla helppo mennä. Lähipalvelun keskeisenä ajatuksena on ihmisläheinen ja helposti saavutettava palvelu. (Kytö 2012.)

Lähipalvelujen tarkka määrittäminen on haasteellista, sillä tarkastelunäkökulmia on useita. Asiointikertojen tiheyden ja ihmisläheisyyden lisäksi lähipalveluja voidaan määrittää asiakaspohjan ja saavutettavuuden avulla. Asiakkaita täytyy löytyä riittävästi muutaman tuhannen asukkaan joukosta, jotta voidaan puhua lähipalvelusta. Lisäksi palvelun saavutettavuuden tulee olla hyvä, eli matka palvelun luo ei saa olla liian pitkä tai vaikea. (Zitting & Ilmarinen 2010, 53.)

Eräs keino lähipalveluiden määrittämiselle on tyyppimääritelmien hyödyntäminen niin valtakunnallisella, kunnallisella kuin asiakastasollakin, jolloin tulokulma lähipalveluihin on joka kerta erilainen. Valtakunnallista tasoa edustavat esimerkiksi Sosiaali- ja terveysministeriö STM ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitos THL. Kunnallista tasoa edustavat maakunnat, kunnat ja sairaanhoitopiirit ja asiakastasolla lähipalvelun määritelmän muodostavat käyttäjien kokemukset. (Kuntaliitto 2014.)

Palvelujen saavutettavuutta voidaan parantaa myös muiden palvelumuotojen, kuten sähköisten palvelujen, avulla. Sähköisten asiointipalvelujen avulla kuntalaiset voivat hoitaa asioinnin itsepalveluna, jolloin säästytään esimerkiksi palvelunkäytön ajallisilta haasteilta. Haasteensa sähköisten palvelujen käyttöön tuovat tietenkin vaatimukset mahdollisuudesta verkkoyhteydellä varustettuun tietokoneeseen tai mobiililaitteeseen. Yleisimpiä sähköisiä asiointipalveluja ovat ilmoittautuminen ja ajanvaraus. (Rantanen 2014.)

Sähköisten palvelujen käyttäminen vaatii oikeiden välineiden lisäksi tietynlaista osaamista. Käytäntö onkin osoittanut, että iäkkäille ihmisille sähköisten palveluiden käyttö voi olla uutta ja vaikeaa. Tänä päivänä kuitenkin yhä nuoremmat ikään-
tyneet ovat saattaneet olla tekemisissä tietokoneiden ja tietotekniikan kanssa, joten erilaisten sähköisten palvelujen käyttäminen onnistuu muita ikäryhmäläisiä helpommin. Näin ollen osa ikääntyneistä eli ne, joille tietotekniikka ei ole tuttua, muodostaakin eräänlaisen väliinputoajaryhmän sähköisten palveluiden yleistyessä.

5.1 Saatavuus ja saavutettavuus

Lähipalvelujen määrittämisessä keskeisiksi käsitteiksi nousevat saatavuus ja saavutettavuus. Palvelut voidaan jakaa saatavuuden perusteella lähipalveluihin, seudullisiin palveluihin sekä laajaa väestömäärää edellyttäviin palveluihin. Lähipalveluihin luetaan kuuluvaksi esimerkiksi ehkäisevät palvelut, palvelutarpeen arviointi, kotihoidon palvelut sekä omaishoidon tuki. (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö c. 2008, 17.) Lähipalveluihin kuuluvat myös lähikaupan ja postin palvelut, neuvolatoiminta sekä joukkoliikenne. Seudullisia palveluita ovat muun muassa lääkärin vastaanotto, pankkikonttoripalvelut sekä pääkirjaston palvelut. Laajaa väestömäärää edellyttäviä palveluja puolestaan ovat erikoissairaanhoidon päivystys, tavaratalot sekä erityiskaupat. (Zitting & Ilmarinen 2010, 17.)

Palvelun saavutettavuus kertoo paitsi palvelun saatavilla olemisesta, myös sen käyttämisen helppoudesta ja joustavuudesta. Saavutettavuus voi olla joko fyysistä, taloudellista, sosiaalista tai kommunikoivaa. Palvelujen saavutettavuudella voidaan tarkoittaa myös tietoa jo olemassa olevista palveluista. Matalan kynnyksen liikkuvilla palveluilla voidaan viedä ikääntyneille paitsi konkreettisia palveluita myös tietoa niistä eli palveluohjausta. Saavutettavuuden edistämiseksi käyttöön on otettu lakisääteisiä toimia, joiden avulla esimerkiksi turvattomuuden tunnetta ja sen aiheuttamaa avun tarvetta voidaan vähentää. Ikäihmisten kohdalla lakisääteinen palvelutarpeen arviointi on hyvä esimerkki saavutettavuuden edistämisen keinoista. (Kananoja, Niiranen & Jokiranta 2008, 165.)

Palvelujen saavutettavuudella voidaan tarkoittaa myös välimatkoja ja erilaisia liikumismahdollisuuksia eli palvelujen luo pääsemisen edellytyksiä. Näissä tapauksissa saavutettavuutta voidaan parantaa esimerkiksi oman auton tai joukkoliikennepalvelujen avulla. Erityisesti syrjäseudulla joukkoliikennepalvelujen ulottumattomissa asuvien autottomien ikäihmisten palvelujen saavutettavuuden lisäämiseksi on kehitetty vaihtoehtoisia toimintamalleja, kuten yhteistakseja tai muita palveluliikenteen järjestelyjä perinteisen kuljetuspalvelun ohella. (Zitting & Ilmarinen 2010, 16–18.)

Muun muassa Seinäjoella kunnalliset joukkoliikennepalvelut jaetaan paikallis- ja palveluliikenteen, vaikeavammaisten kuljetuspalvelun sekä haja-asutusalueen harkinnanvaraisen kuljetuspalvelun liikennöintiin (Seinäjoki a). Paikallisliikenteen haasteeksi muodostuu toimialue, sillä liikennöinti ei ulotu haja-asutusalueille. Ylistarossa toimii Härmän Liikenteen liikennöimä oma palveluliikenne. Se on suunnattu haja-asutusalueen asukkaille parantamaan asiainnin mahdollisuutta keskustajamaan. Palveluliikenteen hyviin ominaisuuksiin voidaan lukea palvelun periaatteet, sillä matkustajat otetaan kyytiin esimerkiksi kadun varresta, erillisiltä linja-autopysäkeiltä tai jopa kotiovelta. Näin palveluliikenne palvelee erityisesti iäkkäitä, joiden kodin lähellä ei ole linja-autopysäkkiä. (Seinäjoki b.)

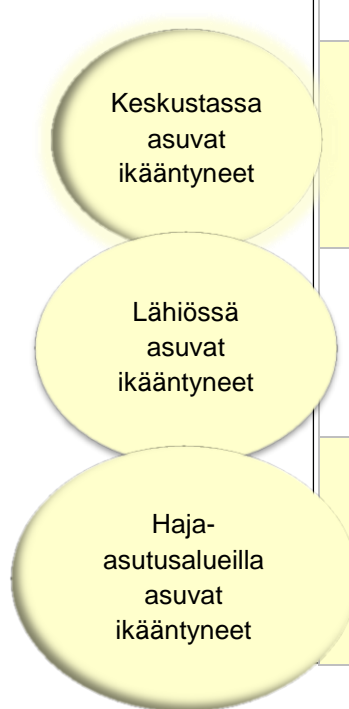
Haja-asutusalueen harkinnanvarainen kuljetuspalvelu on pienituloisille yli 65-vuotiaille suunnattu palvelu. Palveluun ovat oikeutettuja henkilöt, jotka eivät asu palveluliikenteen, kuten Seilin, alueella. Etuus on suunnattu liikkumisvaikeuksista kärsiville henkilöille, jotka eivät ole oikeutettuja vammaispalvelulain mukaiseen kuljetuspalveluun. (Seinäjoki a.) Vaikeavammaisten kuljetuspalvelu puolestaan myönnetään henkilöille, joilla on erityisiä liikkumisvaikeuksia ja joiden vamma tai sairaus aiheuttaa kohtuuttomia vaikeuksia julkisen joukkoliikenteen palveluiden käytössä. Kuljetuspalvelu on tarkoitettu asioimiseen, virkistykseen sekä yhteiskunnalliseen osallistumiseen. Näiden lisäksi sairaanhoidollisista matkoista myönnetään Kela-korvaus. Matkoja myönnetään vähintään 18 yhdensuuntaista matkaa kuukaudta kohti. Kuljetuspalvelut organisoidaan yleisen palveluliikenteen autoilla, takseilla ja invatakseilla. (Seinäjoki c.) Mikäli julkisen liikenteen palvelujen tarjoaminen ei ole mahdollista, voidaan käyttää korvaavia palvelumuotoja, kuten saattajapalvelua (Sosiaalihuoltolaki 2015, 43).

Yhteiskuljetuksen etuna on kustannustehokkuus, sillä syntyvät kustannukset jäävät yhteisesti toteutetussa kuljetuksessa yksilöllisesti toteutettua pienemmiksi. Kuitenkin iäkkäät asiakkaat saattavat tarvita enemmän yksilöllisesti toteutettua kuljetuspalvelua. Tällöin voidaan korvata esimerkiksi taksimatkasta aiheutuneita kuluja. Asiaksmaksuista säädetään erikseen sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksulainsäädännössä. (Sosiaalihuoltolaki 2015, 43.)

Asuminen maaseudulla eli 200–499 asukkaan haja-asutusalueilla ja taajamissa vaikuttaa oleellisesti palvelujen saavutettavuuteen (Tilastokeskus 2011). Hyvinvointipalvelujen saavutettavuudessa voi olla suuriakin kuntien sisäisiä eroja. Maaseutuasuminen aiheuttaa esimerkiksi palvelupuitteisiin liittyviä riskejä, joita voidaan estää kulkemisen edistämällä. Kuntien näkökulmasta tarkasteltuna ikäihmisten asuminen maaseudulla, kaukana palvelukeskittymistä, on epäsuotuisaa erityisesti pitkien välimatkojen ja kulkemisen hankaluuden vuoksi. Eräänä ratkaisuna voidaan pitää ikäihmisten muuttamista maaseudulta taajamiin ja lähemmäs palveluita. Koska maaseuduille on tyypillistä julkisen liikenteen vähyys, taajamiin muuttamisen lisäksi tarvitaan myös vaihtoehtoisia ratkaisumalleja ikäihmisten palvelujen saavutettavuuden turvaamiseksi. (Tedre & Pulkkinen 2011, 300–301.) Yksi tällainen voisi olla hyvinvointilinja-auto, jolloin iäkkään sijaan liikkuvatkin palvelut.

Maaseudulla asuvat ikäihmiset voidaan jakaa kulkemisen perusteella kolmeen ryhmään, joita ovat autoa ajavat, autosta luopuneet sekä elämänsä ilman autoa olleet ihmiset. Liikkumismahdollisuudet ovat heikoimmat autottomilla ikäihmisillä, sillä epäsuotuisat aikataulut voivat heikentää tai jopa estää julkisten liikennevälineiden käytön maaseudulla. Lisäksi joukkoliikenteen väheneminen ja palveluiden etääntyminen ovat suuri haaste erityisesti autottomille ikäihmisille. Palvelujen luopääsemiseksi tarvitaan vaihtoehtoisia kulkumuotoja, joita ovat esimerkiksi edellä mainittujen ohella kimppakyydit, naapureiden ja sukulaisten tarjoamat kyydit sekä pyörillä liikkuvat palvelut. (Tedre & Pulkkinen 2011, 302–304.)

Ikääntyneiden siedettävänä pitämät etäisyydet lähipalveluihin eroavat eri asuinalueiden suhteen ja ikäihmiset määrittelevätkin sopivat etäisyydet paitsi palvelujen tarpeen myös niiden saavutettavuuden kannalta. Kuviossa 3. on esitetty eri alueilla asuvien ikäihmisten sopivina pitämät etäisyydet palveluihin.



	0,5 - 1 km	1 - 2 km	2 - 5 km	5 - 10 km
Keskustassa asuvat ikääntyneet	* paikallis- ja kaukoliikennepysäkki * ruokakauppa * päiväkot * lääkäri	* ala-aste * yläaste * terveydenhoitaja * hammaslääkäri		
Lähiössä asuvat ikääntyneet	* paikallis- ja kaukoliikennepysäkki * ruokakauppa	* terveydenhoitaja * lääkäri	* päiväkot * ala-aste * yläaste * hammaslääkäri	
Haja-asutusalueilla asuvat ikääntyneet	* paikallisliikennepysäkki		* kaukoliikennepysäkki * ruokakauppa * ala-aste * terveydenhoitaja * lääkäri	* päiväkot * yläaste * hammaslääkäri

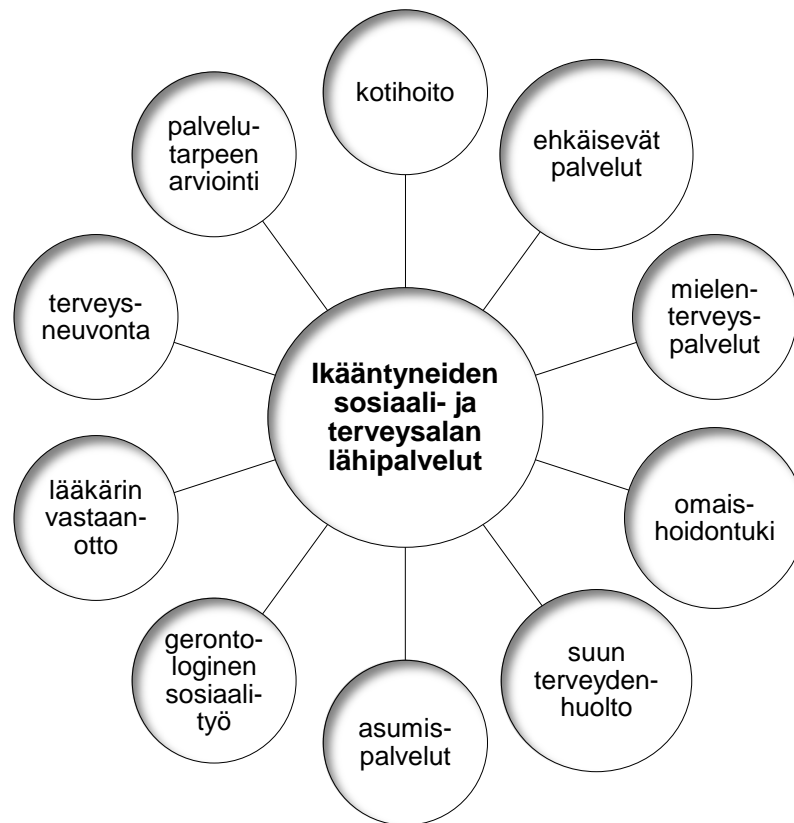
Kuvio 3. Ikääntyneiden sopivina pitämät etäisyydet palveluihin (Zitting & Ilmarinen 2010, 72).

Yhteistä niin keskustassa, lähiössä kuin haja-asutusalueillakin asuville ikäihmisille on lähellä sijaitsevien liikenneyhteyksien merkitys. Tämä johtaa näkemykseen, jonka mukaan julkisen liikenteen toimivuus on keskeisessä asemassa palvelujen saatavuuden kannalta. Sosiaali- ja terveystieteiden palvelujen kohdalla sopiva etäisyys vaihtelee alle kilometristä aina 10 kilometriin asti. Tärkeimpinä terveydenhuollon lähipalveluina ikääntyneet pitävät lääkärin, hammaslääkärin sekä terveydenhoitajan palveluja. Asuinpaikka vaikuttaa suuresti lähipalvelujen etäisyyteen. Kuvion perusteella keskustassa asuvat ikääntyneet mieltävät lähipalvelut sellaisiksi palveluiksi, joihin etäisyyttä kertyy korkeintaan kaksi kilometriä. Haja-asutusalueilla asuvat ikääntyneet puolestaan hyväksyvät lähipalveluiksi jopa kymmenen kilometrin etäisyydellä olevat palvelut.

5.2 Ikäihmisten lähipalvelut

Väestön ikääntyessä ja hyvinvoinnin sekä toimintakyvyn heikentyessä myös tarve lähipalveluille kasvaa. Ikääntyneiden lähipalvelut käsitetään tärkeiksi arjessa selviytymisen tukipilareiksi. Ne jaetaan kahteen ryhmään: kotiin ja kodin lähellä tai lähiympäristöissä tuotettaviin palveluihin. Niiden käyttö on lisäksi säännöllistä ja jatkuvaa. Neuvontapalvelut ovat osa matalan kynnyksen lähipalveluita, joten niiden saatavuuden tulee olla hyvä. Neuvontapalveluiden tarkoitus on tarjota ikääntyneille tietoa hyvinvointiin, terveyteen, palveluihin sekä sosiaaliturvaan liittyvistä asioista sekä tarvittaessa ohjeistaa ikääntynyttä hakeutumaan palvelutarpeen arviointiin. (Zitting & Ilmarinen 2010, 37–38.)

Vaikka joitain sosiaalipalveluja ja terveystalveluja on mahdollista tarkastella erikseen, on esimerkiksi vanhustalveluja käsiteltävä yhtenäisesti sosiaali- ja terveystalvelujen kautta. Iso osa erilaisista sosiaali- ja terveydenhuollon talveluista toteutetaan yhdenntysti, joten eroa lähipalveluina tuotettavien sosiaalipalveluiden ja terveystalveluiden välillä ei ole tarkoituksenmukaista vetää. Tästä johtuen ikääntyneiden terveyden ja hyvinvoinnin kannalta keskeiset sosiaali- ja terveystalan lähipalvelut onkin esitetty yhdistäen kuviossa 4.



Kuvio 4. Ikäntyneiden sosiaali- ja terveysalan lähipalvelut (Zitting & Ilmarinen 2010, 9).

Ikäntyneiden hyvinvoinnin tukena toimii siis monipuolinen sosiaali- ja terveysalan palveluverkosto. Ehkäiseviin palveluihin luetaan esimerkiksi neuvontapalvelut, päiväkeskustoiminta sekä hyvinvointia edistävät kotikäynnit. Näillä palveluilla pyritään ikääntyneen toimintakyvyn ylläpitämiseen. Palvelutarpeen arvioinnin avulla kunnan viranomainen arvioi ikääntyneen tarpeen esimerkiksi kotipalveluille, omaishoidolle, toimeentulotuelle tai muille sosiaalihuollon palveluille. Terveyspalveluihin sisältyvät muun muassa terveystarkastukset, suun terveydenhuolto sekä apuvälineet. (Sosiaali- ja terveysministeriö b. 2011.) Edellä mainituista palveluista lähipalveluina tuotetaan esimerkiksi kotihoidon palvelut, palvelutarpeen arviointi sekä neuvonta- ja ehkäisevät palvelut. Seudullisina palveluina tuotetaan muun muassa lääkäripalvelut sekä suun terveydenhuollon palvelut.

Ikääntyvien sosiaali- ja terveydenhuollon lähipalveluilla on osin yhtenäisiä, osin toisistaan poikkeavia tavoitteita. Gerontologisen eli vanhussosiaalityön tavoitteena on ikääntyvien hyvinvointia edistävien elinolosuhteiden parantaminen ja yhteisöjen sekä ikääntyneiden toimintakykyisyyden edistäminen. Gerontologisen sosiaalityön perustana toimii ajatus muutoksesta ja sen avulla pyritään arvioimaan ongelmatilanteita ja kehittämään ratkaisuprosesseja. Sosiaaligerontologia keskittyy tutkimaan vanhenemista sosiaalisesta näkökulmasta huomioiden ikääntyneen ja yhteiskunnan väliset suhteet. (Kananaja, Lähtinen & Marjamäki (2010, 214–215.)

Perusterveydenhuollon tavoitteena on väestön terveyden, hyvinvoinnin ja toimintakyvyn ylläpitäminen ehkäisevän terveydenhuollon sekä yksilöllisiin tarpeisiin vastaavien terveyspalvelujen avulla. Ikäihmisten kohdalla perusterveydenhuolto keskittyy erityisesti terveyden ja toimintakyvyn ylläpitämiseen ja sairauksien ehkäisemiseen. Lisäksi tavoitteena on turvallisen vanhenemisen mahdollisuus.

Kuntien velvollisuutena on tarjota kuntalaisille yhtäläiset sosiaali- ja terveyspalvelut. Kuitenkin kuntaliitosten seurauksena sosiaali- ja terveyspalvelut keskittyvät niin sanottujen keskuspitäjien alueille, jolloin pienempien ja syrjemmässä olevien kuntien asukkaiden palvelujen saatavuus heikkenee. Tämän seurauksena taajama-alueiden ikäihmiset jäävät paitsi heille suunnattuja, terveyden ja hyvinvoinnin kannalta tärkeitä sosiaali- ja terveyspalveluja. Zitting ja Ilmarinen (2010, 38) korostavat, että mikäli taajama-alueiden julkiset liikenneyhteydet ovat puutteelliset eikä ikääntyneillä ole mahdollisuutta omaan autoon, on kulkeminen keskuspitäjään haastavaa. Tämä synnyttää tarvetta liikkuville palveluille.

6 SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUJEN LIIKKUVAT PALVELUKONSEPTIT

Suomessa haja-asutusalueiden asukkaat saattavat joutua matkustamaan pitkiäkin matkoja peruspalveluiden luokse asuinalueen sijainnista johtuen. Haja-asutusalueiden asukasmäärä on ollut laskusuuntainen viimeisen vuosikymmenen ajan ja asukasmäärän vähenemisen seuraukset heijastuvatkin erityisesti näiden alueiden palvelutarjonnan määrään. Lisäksi kuntaliitosten vaikutukset näkyvät palveluiden saatavuudessa. Kun esimerkiksi terveyden- ja sosiaalihuollon sekä Postin palvelut ovat kaukana, on selvää että haja-asutusalueella asuminen hankaloituu. (Karsisto 2014, 10–11.) Herääkin kysymys, miten haja-asutusalueiden asukkaiden palvelujen saatavuus turvataan.

Sosiaali- ja terveysalan palveluja on perinteisesti tuotettu kiinteissä toimipisteissä, kuten terveyskeskuksessa. Kiinteiden toimipisteiden rinnalla on käytössä toimintamalleja, joissa palvelut kuljetetaan asiakkaiden luo. Nämä niin sanotut yhden palvelukokonaisuuden autopalvelut (mobile service), kuten kirjastoautot, ovat helpottaneet palvelujen saatavuutta. Näiden kahden toimintamallin lisäksi viime vuosina ovat yleistyneet niin sanotut monipalveluautot, joiden palvelutarjonta koostuu eri sektoreiden palveluista. (Kytö 2012.)

Palvelujen riittävyys ja saatavuus ovat haaste maaseudulle. Palvelujen järjestämiseksi tarvitaan alueiden tarpeisiin pohjautuvia joustavia ratkaisuja. Liikkuvat palvelumallit ovat ensiarvoisen tärkeitä taajama- ja syrjäseuduilla, koska niillä voidaan korvata puuttuvia palveluita alueilla, joilla palvelupisteet ovat harvassa. Niillä voidaan lisäksi täydentää kiinteiden palvelupisteiden peruspalveluvalikoimaa. Liikkuvat palvelumallit voidaan tuottaa kiinteänä osana palveluverkkoa, jolloin niiden ei tarvitse olla erillisiä toimintamuotoja. (Immonen, Koivuniemi, Natunen & Laasonen 2012, 13–14.)

Suomessa on kehitetty monia liikkuvien palvelukonseptien toimintamalleja, joiden avulla voidaan viedä tehokkaasti palveluja lähelle asiakasta. Yhtenä maamme edelläkävijänä liikkuvien hyvinvointipalvelujen kehittämisessä voidaan pitää yhdeksästä kunnasta koostuvaa Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiiri Eksotea, jossa harvan asutuksen vuoksi on jouduttu kehittämään uudenlainen asiakaslähtöinen palvelumalli tavoittamaan syrjäalueilla asuvat ihmiset. Eksote tarjoaakin Terveyskioskin kaltaista toimintaa liikkuvana palveluna Mallu-auton muodossa maaseudun palvelujen saatavuuden parantamiseksi. (Simpanen 2013.)

Mallu-auto on vuonna 2010 käyttöönotettu sosiaali- ja terveydenhuollon ehkäiseviä palveluita tarjoava palvelukonsepti. Mallu liikkuu Etelä-Karjalan haja-asutusalueilla ja taajamissa 11 kunnan alueella tarjoten avoterveydenhuollon sairaanhoitajan palveluja täydentäen samalla alueen terveyspalveluja. Sairaanhoidajan palveluiden lisäksi tarjolla on sosiaalipalvelujen palveluohjausta, kuten neuvontaa Kelan etuuksista sekä ohjausta kotiin tuotettavista yksityisistä palveluista ja omaishoidon tuesta. Palvelut on tarkoitettu kaikille alueen asukkaille. Ajanvaraus Mallun palveluihin tapahtuu Eksoten sähköisen palvelun kautta, puhelimitse tai käynnin yhteydessä, mutta rauhallisimmilla pysäkeillä vastaanotolle pääsee ilman ajanvaraustakin. (Suomalainen 2014.) Mallu-auton palvelujen tarvetta on testattu alueella erilaisten reittikokeilujen avulla. Nykyisin Mallun ajoreitti on alkanut vakiintua ja auto pysähtyykin sovitussa aikataulussa sovituille pysähtymispaikoille (Simpanen 2013).

Mallu-auto ei suinkaan ole ainoa sosiaali- ja terveyspalvelujen liikkuva palvelukonsepti. Muita esimerkkejä liikkuvista hyvinvointipalvelujen tarjoajista ovat Terveys- ja hyvinvointiauto Onni, Liikkuva suunhoidon yksikkö Liisu, Suupirssi, Linkku - liikkuva tila sekä Kotisairaala Luotsi (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2014). Nämä liikkuvat palvelukonseptit liikennöivät eri puolilla Suomea vieden apua sinne, missä palvelujen saatavuus on heikkoa. Liikkuvat palvelut on suunnattu kaikenikäisille ihmisille, joskin osa palveluista voidaan kohdentaa tietyille kohderyhmälle, esimerkiksi ikääntyneille.

Terveys- ja hyvinvointiauto ONNI tarjoaa matalan kynnyksen sosiaali- ja terveyspalveluja, palveluohjausta sekä erilaisia kampanjoita ja tutkimuksia yhdeksällä Lapin kunnan alueella. ONNI on syntynyt Terveys- ja hyvinvointipysäkki pyörille -hankkeen tuloksena. Kolmivuotisen (2011–2014) Lapin ammattikorkeakoulun hallinnoiman hankkeen tavoitteena oli terveyden edistäminen, sairauksien ehkäisy sekä sosiaalisen hyvinvoinnin lisääminen. Onni tarjoaa kunnille mahdollisuuden uudenlaisten työtapojen kokeilemiseen sekä lähiöiden ja haja-asutusalueiden sosiaali- ja terveyspalvelujen täydentämiseen. (Meinilä 2014, 9.)

Linkku - Liikkuva tila on Lahden ammattikorkeakoulun Älybussi-projektin rakentama nykyaikainen, esteetön sekä monipuolinen linja-autoon rakennettu palveluympäristö. Linkku liikennöi Asikkalassa Kalkkisten ja Kurhilan kylien välillä tarjoten erilaisia peruspalvelukeskus Oivan tuottamia hyvinvoinnin ja terveyden palveluja. Esimerkkejä Oivan palveluista ovat suun terveydenhuollon ja terveystioskin palvelut sekä ikäihmisille suunnattu palveluohjaus. Terveystioskissa asiakkaille tarjotaan maksutonta hoitajan terveysneuvontaa, omahoitoon liittyviä ohjeita sekä pienimuotoista sairaudenhoitoa. Suuhygienisti tarjoaa ehkäisevän suunterveyden hoidon lisäksi hoidon tarpeen arviointia sekä erilaisten iensairauksien hoitoa. Palveluohjaus kattaa monipuoliset neuvontapalvelut etuuksista, kotihoidon palveluista, omaishoitajuuteen liittyvistä asioista, yksityisistä palveluista sekä palvelusetelistä. (Äinään seutu 2014.)

Kotisairaala Luotsi tarjoaa kotisairaala- ja kotisairaanhoidon Turussa sekä Varsinais-Suomessa. Palvelukonseptin keskeisenä toiminta-ajatuksena on toimia asiakkaan eduksi koulutetun henkilökunnan sekä hoidon suunnittelun avulla. Luotsin tarjoamien palvelujen avulla mahdollistetaan asiakkaalle henkilökohtaisesti laadittu laadukas terveydenhuolto tuomalla hoitoketju asiakkaan kotiin. Kotisairaala Luotsin palvelut ovat asiakaslähtöisesti suunniteltuja, yksilöllisiä sekä kustannustehokkaita. Asiakaskunta muodostuu paitsi yksityisistä henkilöistä myös kunnista, hoitokodeista sekä sairaanhoitopiireistä. Luotsin palvelukokonaisuus kattaa esimerkiksi lääkärin ja sairaanhoitajan kotikäynnit, oman vastuulääkärin palvelut, lääkehoidon, turvapuhelimet ja rannekkeet sekä kotihoidon palvelut. Uutuutena palveluvalikoimaa täydentää Kotisairaala Luotsin oma ambulanssi ja ambulanssipalvelu. (Kotisairaala Luotsi.)

Kansalaisille on siis tarjolla useita erilaisia, pyörien päällä liikkuvia sosiaali- ja terveyspalveluja. Edellä mainittujen palvelukonseptien lisäksi yksinomaan suun-terveyden palveluita tarjoavat Liikkuva suunhoidon yksikkö Liisu sekä Suupirssi. Liisu liikennöi Helsingissä tarjoten monipuolisesti suun terveydenhoitoa (Helsingin kaupunki sosiaali- ja terveysministeriö 2014) ja Suupirssi puolestaan Pohjois-Savossa (Savonia).

Vaikka monet liikkuvat palvelukonseptit keskittyvätkin pääasiassa hyvinvointipalveluihin, on niiden palvelunsisällössä myös eroavaisuuksia. Siinä missä osa palveluntuottajista keskittyy pelkästään sosiaali- tai terveyspalveluihin, osan palveluvalikoimasta löytyy molempia. Yhteistä on palveluohjauksen sisältyminen palveluvalikoimaan. Erityisesti ikääntyneelle kohderyhmälle on tarjolla monipuolisesti ohjausta ja neuvontaa elämän eri osa-alueille suunnattuna.

Hänninen (2007; 17, 28) esittelee palveluohjauksen matalan kynnyksen toimintaperiaatteen, jonka mukaisesti yhteydenotto tapahtuu ilman ajanvarausta. Tällä pyritään helpottamaan asioiden hoitoa ja ennen kaikkea tekemään yhteydenotosta mahdollisimman vaivatonta. Usein matalan kynnyksen palveluohjauspiste sijaitsee jossain fyysisessä toimipisteessä toimien eräänlaisena yleisenä neuvontasemana. Palveluohjauspisteen ei tarvitse välttämättä sijaita kiinteässä paikassa, vaan toimipisteenä voi toimia esimerkiksi linja-auto. Tällaisen liikkuvan hyvinvointipalvelupisteen asiakaskunta saattaa olla hyvinkin laaja, joten mahdollisuudet yksilöllisen palveluohjauksen tarjoamiseen ovat hyvin rajalliset. Tästä johtuen matalan kynnyksen palveluohjaus toimii eräänlaisena ensiaskeleena asiakkaan tilanteen selvittämiseksi.

7 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

Opinnäytetyöni keskeinen tutkimusongelma oli selvittää voitaisiinko liikkuvien, matalan kynnyksen hyvinvointipalvelujen avulla lisätä syrjäseuduilla asuvien ikääntyneiden sosiaali- ja terveyspalvelujen saatavuutta. Tutkimuskysymysteni avulla hain vastauksia siihen, miten ikääntyneet kokevat maaseudulla asumisen heikentävän sosiaali- ja terveyspalvelujen saatavuutta ja millaisia sosiaali- ja terveysalan lähipalveluja ikääntyneet kaipaavat hyvinvoinnin tueksi. Lisäksi selvitin haja-asutusalueella asuvien ikääntyneiden näkemyksiä hyvinvointilinja-auton tarpeellisuudesta.

Päädyin tekemään tutkimukseni laadullisena, sillä halusin saada tutkimuksen kohderyhmän eli haja-asutusalueella asuvien ikäihmisten äänen kuuluviin. Pyrin saamaan mahdollisimman yksityiskohtaista tietoa ikääntyneiden sosiaali- ja terveyspalvelujen tarpeesta. Pienen kohderyhmän ansiosta koin pääseväni lähemmäs tutkittavia eli sain syvällisempiä vastauksia. Aineistonkeruumenetelmänä käytin laadulliselle tutkimukselle tyypillistä kyselyä ja haastattelua. Toteutin kyselyn käyttämällä avoimia ja strukturoituja kysymyksiä. Kyselyn vastauksia täydensin yksilöidyillä teemahaastatteluilla, joiden tulokset integroin kyselytulosten kanssa. Näin koin saavani mahdollisimman kattavasti vastauksia tutkimusongelmaani.

Opinnäytetyöni alussa johdattelin lukijan tutkimusongelman pariin esittelemällä syyt tutkimukseni taustalla. Teoreettisessa viitekehyksessä toin esille tutkimuksen kannalta keskeisimpiä asiakokonaisuuksia viitaten aikaisempiin alan tutkimuksiin ja monipuoliseen lähdemateriaaliin. Tutkimusmenetelmäosiossa keskityin käytettävän tutkimusmenetelmän ja oman aineistoni esittelemiseen. Aineiston analyysi ja tulososiossa kuvasin aineistoni, tutkimustulokset ja tutkimuksen luotettavuuden sekä esittelin johtopäätökset.

7.1 Tutkimus- ja aineistonkeruumenetelmä

Käytin opinnäytetyössäni laadullista eli kvalitatiivista tutkimusmenetelmää. Laadulliselle tutkimukselle on tyypillistä prosessimaisuus, eli tutkimuksen vaiheittainen eteneminen, jolloin esimerkiksi aineistonkeruuta koskevat päätökset voivatkin muotoutua tutkijalle vähitellen tutkimuksen edetessä. Laadullisen tutkimuksen kaltaisen lähestymistapa edellyttää tutkijalta paitsi oman tietoisuuden kehittymisen tiedostamista myös joustavuutta. Tutkimusongelma ei välttämättä ole täysin selvillä tutkimuksen alussa, vaan se voi täsmentyä koko tutkimuksen ajan. (Kiviniemi 2010, 70–71.)

Laadulliselle tutkimukselle on ominaista joustava tutkimuskäytäntö ja tutkimustulosten tulkinnallisuus. Tulkinnallisuuden vuoksi laadullisen tutkimusmenetelmän aineisto on kooltaan suhteellisen pieni eli tutkittavien määrä pysyy yleensä vähäisenä. Laadullinen tutkimus on luonteeltaan kuvailevaa ja selittävää ja vastaakin yleensä kysymyksiin ”mitä” ja ”miten”. (Ronkainen, Pehkonen, Lindblom-Yläne & Paavilainen 2013; 82–83, 89.)

Opinnäytetyöstäni löytyy monia laadullisen tutkimuksen tunnusmerkkejä. Tutkimukseni eteni prosessimaisesti ja ensimmäisen aineiston analysoituani huomasin, etten ollut saanut vastauksia varsinaiseen tutkimusongelmaani. Tämän vuoksi päädyin keräämään lisäaineistoa jatkotutkimuskysymysten avulla. Aineiston koko pysyi suunnitellusti pienenä, mikä mahdollisti tulosten tulkinnallisen tarkastelemisen.

Kysely voidaan toteuttaa avoimena, monivalintana tai näiden kahden välimuotona. Avoin kysymys sisältää yhden kysymyksen ja tyhjän tilan vastausta varten. Monivalintakysymykset sisältävät valmiiksi numeroidut vastausvaihtoehdot, josta vastaaja voi valita yhden tai useamman vastausvaihtoehdon. Avoimen ja monivalintakysymyksen välimuotona toimii kysely, jossa valmiiden vastausvaihtoehtojen jälkeen esitetään avoin kysymys. Avoimen kysymyksen tarkoituksena on saada esiin uusia näkökulmia. Sen etuna pidetään vastaajan mahdollisuutta ilmaista itseään omin sanoin kun taas monivalintakysymysten etuja ovat selkeät ja helposti käsiteltävät vastaukset. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 198–199, 201.)

Aineistonkeruussa käytin laadulliselle tutkimukselle tyypillistä kyselyä sekä teemaan pohjautuvaa yksilöhaastattelua. Päädyin kaksivaiheiseen aineistonkeruumenetelmään, sillä halusin ensin saada yleiskuvaa kyselyn avulla ja myöhemmin syventää vastauksia haastatteluilla. Koska tavoitteenani oli tarkentaa kyselylomakkeen vastauksia ja sitä kautta saada kattavampi näkemys tutkimusongelman ratkaisemiseksi, koin teemahaastattelun tuovan parhaiten vastauksia tutkimusongelmaan.

Koin avointen ja monivalintakysymysten yhdistelmän tuottavan parhaiten vastauksia, sillä avointen kysymysten avulla oli mahdollista saada monipuolisempia vastauksia. Pääosa lomakkeen kysymyksistä oli puolistrukturoituja, jolloin vastaajilla oli valmiiden vastausvaihtoehtojen lisäksi mahdollisuus täydentää omia vastauksiaan. Strukturoituihin vastausvaihtoehtoihin päädyin taustatietoja ja palveluntarvetta kartoittavissa kysymyksissä, sillä koin lomakkeen olevan selkeämpi valmiiden vastausvaihtoehtojen ansiosta.

Hirsjärven ja Hurmeen (2008; 35, 47–48) esittämien näkemysten mukaan haastattelu on hyvä aineistonkeruumenetelmä, mikäli tavoitteena on esimerkiksi haastateltavan puheen sijoittaminen osaksi laajempaa asiakokonaisuutta. Haastattelu toimii myös vastausten ja tietojen selventämisessä ja syventämisessä. Teemahaastattelu eli puolistrukturoitu haastattelu pohjautuu tutkimukselle keskeisiin teemoihin. Keskeisessä asemassa ovat yksityiskohtaisten kysymysten esittämisen sijaan nimenomaan teemoihin perustuvat kysymykset. Teemahaastattelun aihepiirit ovat kaikille tutkittaville samat ja tulkinnallisen lähestymistavan ansiosta tutkittavien henkilöiden ääni pääsee hyvin kuuluviin.

7.2 Aineistonhankinta

Hain opinnäytetyölleni tutkimusluvan Seinäjoen ikäihmisten tulosaluejohtajalta syksyllä 2014. Luvan saatuaani lähdin kartoittamaan tutkimukseni kohderyhmäksi soveltuvia ikäihmisiä. Aineistonkeruun aloitin tammikuussa 2015 ottamalla yhteyttä Seinäjoen seurakunnan Ylistaron toimipisteen diakoniin, joka lupautui auttamaan kyselylomakkeiden jakamisessa. Toimitin yhteensä 120 kyselylomaketta Ylistaroon, jossa niitä jaettiin kahdelle eri seurakunnan päiväpiiriryhmälle täytettäväksi. Kyselylomakkeen kysymykset koskivat sekä vastaajien taustatietoja että omakoh-
taisia näkemyksiä ja kokemuksia liikkuvan hyvinvointibussin tarpeellisuudesta.

Kyselylomake on jaettu kahteen osaan, joista ensimmäinen käsittelee tutkittavien taustatietoja (kysymykset 1-4) ja toinen sosiaali- ja terveystalvelujen lähitalveluja (kysymykset 5-9). Kyselylomakkeen kysymykset on laadittu siten, että vastausten avulla on mahdollista saada eräänlainen yleiskuva ikäihmisten näkemyksistä liik-
kuvien hyvinvointitalvelujen tarpeen suhteen. Vastausajaksi annoin yhden kuu-
kauden, minkä jälkeen noudin kyselylomakkeet. Lomakkeita palautui minulle 31 kappaletta vastausprosentin jäädessä 26 prosenttiin. Kyselyn yhteydessä tieduste-
lin vastaajien halukkuutta osallistua haastatteluihin ja maaliskuussa 2015 sovin vapaaehtoisten haastateltavien kanssa haastatteluajoja.

Haastattelut tein kyselyn aineistonkeruun ja analysoinnin jälkeen. Kyselylomak-
keessa saatuja vastauksia täydensin teemahaastattelun pohjalta saatavilla vas-
tauksilla. Rakensin haastattelurungon kuuden kyselyä tukevan pääteemaan va-
raan, joita olivat asiakaslähtöisyys, ikääntyminen, syrjäseudulla asuminen, tulevai-
suuden näkymät, liikkuvat hyvinvointitalvelut ja kehittämiskohteet. Valmiiksi muo-
toiltujen kysymysten sijaan etenin haastatteluissa ydinkysymysten avulla, sillä koin
niiden käyttämisen mahdollistavan keskustelujen luontevan etenemisen. Haastat-
teluihin osallistui yhteensä kolme henkilöä.

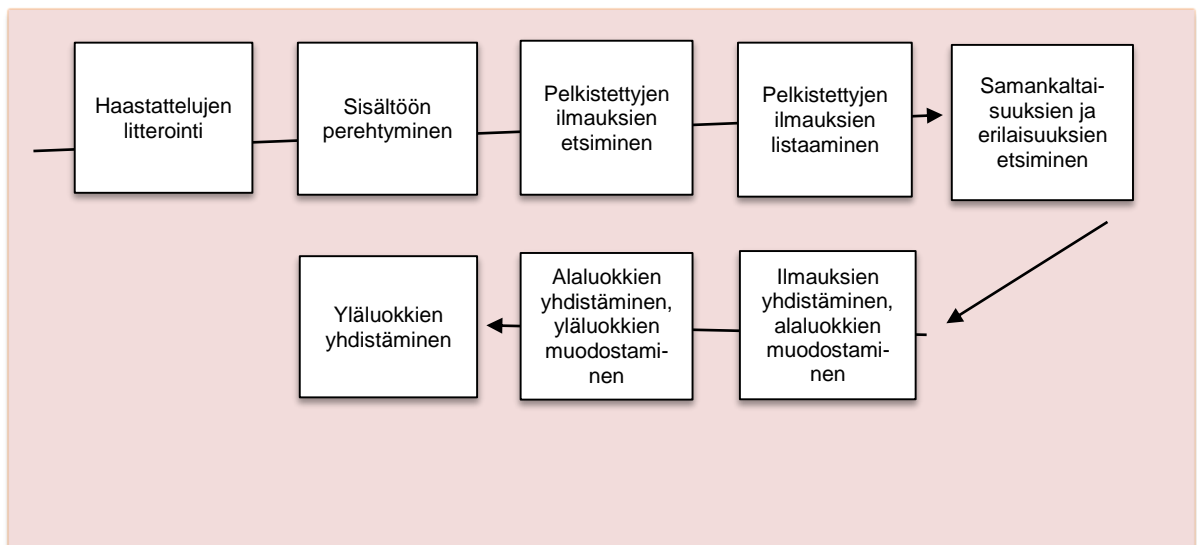
Toteutin teemahaastattelut haastateltavien kotona, sillä ajattelin tutun ympäristön edesauttavan mahdollisimman normaalin ja rennon ilmapiirin syntymistä. Ajattelin lisäksi, että haastateltavat osallistuvat avoimemmin haastatteluun, kun haastatteluympäristö on heille entuudestaan tuttu. Haastattelut etenivät keskustelun muodossa ja korostinkin jokaisen haastattelun alussa, että tarkoituksena on kysymysten pohjalta keskustella eri aiheista. Uskon, että tällä oli vaikutusta haastattelujen luontevaan etenemiseen.

Analysoituani haastattelut huomasin, etten ollut saanut vastauksia varsinaiseen tutkimusongelmaani. Koska haastattelemiini henkilöt olivat vielä hyväkuntoisia ja omatoimisia, oli erilaisten sosiaalisten palvelujen tarve jäänyt heidän kohdallaan vähäiseksi. Tämän vuoksi päädyin hankkimaan lisää aineistoa jatkotutkimushaastattelun avulla. Aineistonkeruun ensimmäisessä vaiheessa haasteeksi koitui riittävän aineiston kerääminen, sillä kyselylomakkeen ja haastateltavien osuus jäi odotettua vähäisemmäksi. Ajattelin, että tutkimuskohderyhmän laajentaminen Ylistaron ulkopuolelle antaisi minulle enemmän aineistoa, joten päädyin kohdistamaan jatkotutkimukseni Luopajarvelle. Toiseen teemahaastatteluun valitsin kaksi ikäihmistä, joilla oli selkeästi enemmän tarvetta erilaisille sosiaali- ja terveyspalveluille. Haastateltavat löysin omien kontaktiväylien kautta.

7.3 Aineiston käsittely ja analysointi

Laadullisen tutkimuksen perusanalyysimenetelmänä käytetään sisällönanalyysiä, jonka avulla dokumenttien, kuten artikkeleiden ja haastattelujen, analysoiminen tapahtuu järjestelmällisesti ja objektiivisesti. Menetelmää voidaan hyödyntää sekä strukturoidun että strukturoimattoman aineiston analyysissä. Sisällönanalyysin keskeisenä tarkoituksena on saada tiivistetty ja yleisessä muodossa esitettävä kuvaus tutkittavasta ilmiöstä. (Tuomi & Sarajarvi 2009, 103.)

Sisällönanalyysin avulla lukijalle pyritään luomaan mielekäs, selkeä ja yhtenäinen informaatiota lisäävä kokonaisuus. Laadullisen aineiston selkeyttäminen on tarpeen luotettavien johtopäätösten tekemiseksi. Sisällönanalyysi voidaan jakaa kolmeen analysointitapaan, joita ovat aineistolähtöinen, teorialähtöinen ja teoriaohjaava sisällönanalyysi. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108.) Tutkimuksessani olen käyttänyt aineistolähtöistä sisällönanalyysiä, joka etenee kuviossa 5. esitettyjen vaiheiden mukaisesti.



Kuvio 5. Aineistolähtöisen sisällönanalyysin vaiheet (Tuomi & Sarajärvi 2009, 109).

Aineiston käsittelyn aloitin keväällä 2015 purkamalla auki kyselylomakkeiden vastaukset. Käsittelin jokaisen kysymyksen omana osa-alueenaan. Avasin ensin kyselyn tulokset erilliselle paperille ja sen jälkeen koostin vastauksista diagrammeja ja kuvioita tekstiosuuden selventämiseksi. Kaikkiin kysymyksiin ei ollut vastattu, joten osa kyselylomakkeista palautui puutteellisesti täytettyinä. Koin kuitenkin, että sain vastausten perusteella yleiskuvaa ylistarolaisten ikäihmisten näkemyksistä liikkuvien hyvinvointipalvelujen tarpeellisuudesta oman arjen helpottamiseksi.

Kyselyyn vastanneilla oli mahdollisuus osallistua kyselyn lisäksi henkilökohtaiseen teemahaastatteluun täyttämällä yhteystiedot kyselyn loppuun varattuun tilaan. Haastatteluun ilmoittautuneita oli kyselyn 31 vastaajasta kolme. Suunnittelin teemahaastattelun kyselyä tukevaksi, sillä tarkoituksena oli syventää kyselyn vastauksia. Nauhoitin jokaisen haastattelun, minkä jälkeen litteroin eli puhtaaksikirjoitin ne yksitellen. Ensimmäisen haastattelun litteroin heti haastattelutilanteen jälkeen huomatakseni mahdolliset kehittämiskohteet ennen toista haastattelua.

Luin litteroidut haastattelut useaan kertaan läpi löytääkseni kaiken oleellisen haastattelua ajatellen. Haastattelun vastaukset integroin eli sisällytin kyselyn vastauksiin. Pelkistin aineiston tiivistämällä keskeisen sisällön ja karsimalla ylimääräisen tiedon pois. Koska haastattelut etenivät keskustelun avulla, sisältöön mahtui paljon tutkimukselle epäoleellista tietoa. Pelkistämisessä käytin apuna tutkimukselle asettamiani tutkimuskysymyksiä. Jaoin aineiston eri pääteemojen mukaisesti (Liite 5).

7.4 Tutkimuksen etiikka ja luotettavuus

Tieteellinen tutkimus on prosessi, jonka tarkoituksena on tuottaa tietoa. Tiedonkeruu tapahtuu tarkoituksenmukaisesti, systemaattisesti ja huolellisesti niin, että lopputuloksena on järjestelmällinen ja tieteellinen tietoperusta. Tieteelliselle tutkimukselle keskeistä on hyvä perustelu eli tutkimuksessa käytettävät tiedon hankkimisen ja analysoinnin menetelmät. Aineistonkeruu- ja analysointimenetelmien käyttö ohjaa tutkimusta toimien perusteluna sille, miksi tutkimuksesta saatavat tulokset ovat tietynlaisia. (Tuomi 2007; 19, 20, 28, 30.)

Tutkija joutuu monien eettisten kysymysten äärelle tutkimusprosessin eri vaiheissa ja tutkimusaiheen valinta lienee ensimmäinen paikka eettisyyden pohdinnalle. Tässä vaiheessa on hyvä hahmottaa, miksi tutkimukseen ylipäättään ryhdytään, millä tieteen alalla tutkimuksen pääpaino on sekä ketä tutkimuksesta saatava hyöty koskettaa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 129.) Tämän tutkimuksen taustalla vaikuttaa oma kiinnostukseni ehkäisevään vanhustyöhön. Geronomi (AMK) - koulutus antaa hyvän pohjan tarkastella ehkäisevän työn osa-alueita monipuolisesti ja tutkimuksessani olen hakenut tasapainoista näkökulmaa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen tärkeydestä.

Laadullisen tutkimuksen eettisyys koskettaa myös tiedonhankintaa sekä tutkittavien identiteettisuoja. Tutkittavien suoja rakentuu tutkimuksen tavoitteiden, menetelmien ja riskien selvittämisestä, tutkittavien vapaaehtoisesta osallistumisesta sekä tutkimuksen tarkoituksen selventämisestä. Tutkimustietojen säilyminen luottamuksellisina lisää osallistujien turvallisuutta. Kun tietoja käytetään vain ennalta ilmoitettuun tarkoitukseen, tutkittavien henkilöllisyys ei päädy ulkopuolisten tietoon. Jokaiselle tutkittavalle on taattava mahdollisuus osallistua tutkimukseen nimettömänä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 131.)

Tutkimukselleni saamani luvan perusteina olivat tutkittavien täysin vapaaehtoinen osallistuminen, tutkimustietojen osalta noudatettava salassapitovelvollisuus sekä tutkittavien identiteettisuojan säilyminen. Nämä ehdot ohjasivat tutkimukseni empiiristä vaihetta. Tutkittaville tarjottiin mahdollisuus osallistua nimettömänä kyselytutkimukseen, jonka vastauksista osallistuneiden henkilöllisyys ei ollut tunnistettavissa. Lisäksi kyselytutkimukseen osallistuneille tarjottiin mahdollisuutta osallistua yksilölliseen teemahaastatteluun. Tutkimuksessa käytetty aineisto sekä teemahaastattelujaa varten annetut yhteystiedot tullaan hävittämään tutkimuksen päätymisen jälkeen.

Kyselylomakkeen yhteydessä tutkittaville kerrottiin kirjallisesti, mistä tutkimuksessa on kyse ja mihin tutkimustuloksia tullaan käyttämään. Teemahaastatteluihin osallistuneille jaettiin haastattelutilanteissa pienimuotoinen tiedote, jossa kerrottiin haastattelun tarkoituksesta sekä tutkimuksen ajankohdasta. Tiedote on tutkimuksen liitteenä (Liite 4). Sopiessani haastatteluajankohtia vapaaehtoisten kanssa, jouduin eettisen ongelman eteen. Jokainen kyselyyn osallistunut ja haastatteluun lupautunut oli unohtanut osallistuneensa tutkimukseeni ja haastattelu tuli heille yllätyksenä. Tässä vaiheessa jouduin miettimään tarkasti, miten sovin haastatteluista niin, että osallistumisen vapaaehtoisuus toteutuu. Haastateltavilta pyydettiin suullinen lupa haastattelujen nauhoittamiseen.

Tutkimuksen luotettavuus edellyttää luotettaviin tuloksiin pohjautuvaa laadukasta tutkimusta. Luotettavuus laadullisessa tutkimuksessa eroaa merkittävästi määrällisestä. Kun määrällisessä tutkimuksessa pyritään tulosten yleistettävyyteen, laadullinen tutkimus tähtää tutkittavien käsitysten esilletuomiseen totuudenmukaisesti. Laadullisessa tutkimuksessa luotettavuus voidaan ymmärtää siirrettävyytenä. Idean mukaisesti tarkastellaan, voisivatko tutkimustulokset olla mahdollisia myös jossain toisessa tutkimusympäristössä. Lisäksi pohditaan, voitaisiinko tutkimuksen uudelleen toteuttamisella päätyä samankaltaisiin tuloksiin. (Aaltio & Puusa 2011; 153, 155, 156.)

Luotettavuus rakentuu laadullisen tutkimuksen kuluessa ja ilmenee erilaisena tutkimuksen vaiheista riippuen. Tutkimuksen alkuvaiheessa tutkijalla voi olla esimerkiksi omaan kokemukseen pohjautuvaa, tiedonhankintaa eteenpäin ohjaavaa ennakkotietoa tutkimusaiheesta. Tällä on tutkimuksen luotettavuutta lisäävä vaikutus. (Aaltio & Puusa 2011, 158–159.) Tämän tutkimuksen taustalla vaikutti lähinnä oma mielenkiinto aiheeseen, ei niinkään oma aikaisempi kokemus. Kiinnostus antoi vauhtia tiedonhankinnalle ja teoreettisen viitekehyksen rakentamiselle.

Aineistonhankinnassa, erityisesti haastatteluissa, täytyy muistaa tutkijan kriittisyys. Haastattelutilanne poikkeaa aina tavallisesta keskustelusta ja esimerkiksi haastattelupaikalla saattaa olla haastateltavan puhetapaa muuttava vaikutus. Haastattelut ovat aina henkilökohtaisia, tutkijalta joustavuutta edellyttäviä tilanteita. Haastatteluiden etuna on haastattelijan sekä haastateltavan mahdollisuus tarkentavien kysymysten tekemiseen. Tutkijalta odotetaan kykyä tehdä totuudenmukaisia tulkintoja haastateltavien vastausten pohjalta. (Aaltio & Puusa 2011, 160–161.)

Pyrin lisäämään tutkimukseni luotettavuutta tekemällä haastattelutilanteista mahdollisimman neutraaleja. Painotin jokaisen haastattelun alussa, että kyseessä on ennen kaikkea vapaamuotoinen keskustelu, jota kuitenkin ohjasivat ennalta mietityt, teemaan pohjautuvat kysymykset. Haastattelupaikaksi valitsin tutkittavien kotiympäristön, minkä ajattelin myös lisäävän haastattelujen luontevaa kulkua. Mielestäni onnistuin tavoitteessani hyvin. Haastattelut etenivät hyvin ilman suurempia ongelmia ja haastateltavat rohkaistuivat avautumaan henkilökohtaisistakin asioista. Keskustelut olivat sisällöltään runsaita ja asian ytimen löytäminen vaati huolellista analysointia.

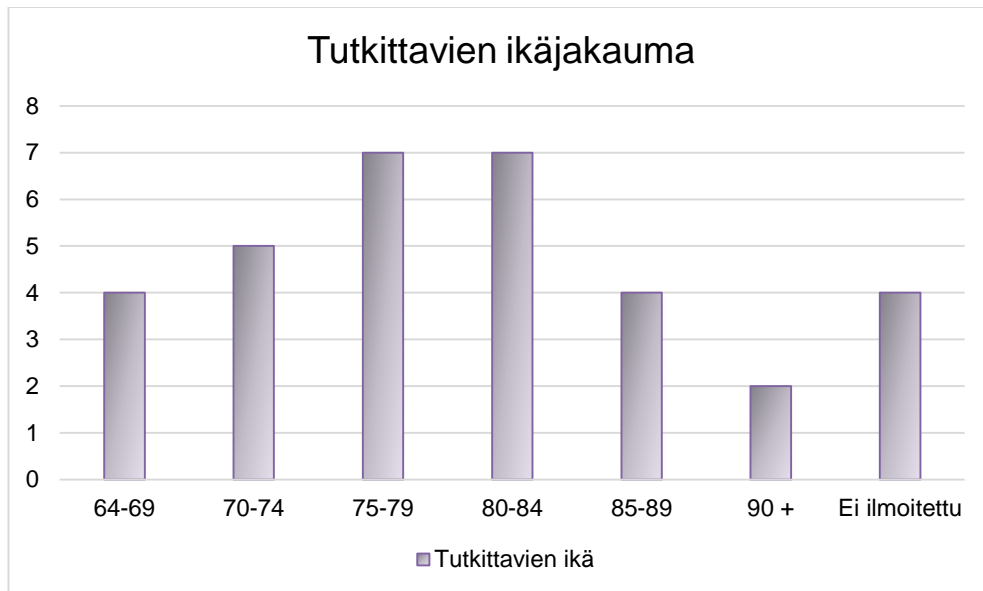
8 TUTKIMUSTULOKSET

Opinnäytetyössäni tutkin, olisiko liikkuvien hyvinvointipalvelujen avulla mahdollista lisätä syrjäseudulla asuvien ikäihmisten sosiaali- ja terveyspalvelujen saatavuutta. Tutkimus on kohdistettu pääasiassa Ylistarossa asuviin yli 64-vuotiaisiin henkilöihin, jotka eivät ole säännöllisen kotihoidon palvelujen piirissä. Opinnäytetyöni kyselylomakkeeseen vastasi kaikkiaan 31 ylistarolaista ikäihmistä. Vastaajista kolme osallistui lisäksi teemahaastatteluun. Täydensin tutkimusaineistoa haastattelemalla Luopajärvellä asuvia yli 80-vuotiaita henkilöitä, jotka eivät ole säännöllisen kotihoidon palvelujen piirissä. Käsittelen tutkimustuloksia integroiden eli sisällyttäen teemahaastattelun tuloksia kyselylomakkeen vastauksiin. Tutkimusaineiston pienestä koosta johtuen koen, että integroiva näkökulma on riittävä tutkimustulosten avaamiseen, eikä kyselylomakkeen ja teemahaastattelun tuloksia ei ole syytä tarkastella erikseen.

8.1 Tutkittavien taustatiedot

Kyselylomakkeen taustatiedoissa kysyttiin tutkittavien ikää ja sukupuolta, kodin etäisyyttä Ylistaron keskustaan sekä asioiden hoitamisessa käytettyä liikkumistapaa. Kysymysten tarkoituksena oli selvittää sosiaali- ja terveyspalvelujen lähipalvelujen tarpeeseen vaikuttavia tekijöitä. Haastatteluun osallistuneet henkilöt olivat iältään 80–84-vuotiaita, asuivat Ylistaron keskustassa ja hoitivat asioilla käymisen kävellen, pyörällä, omalla autolla tai linja-autolla. Jatkotutkimukseen osallistuneiden haastateltavien kohdalla ikä vaihteli 83–90-vuoden välillä. Heidän kohdallaan etäisyys Jalasjärven keskustaan oli 13–15 kilometriä ja asioilla käynnit hoidettiin pääasiassa perheen avulla tai taksilla.

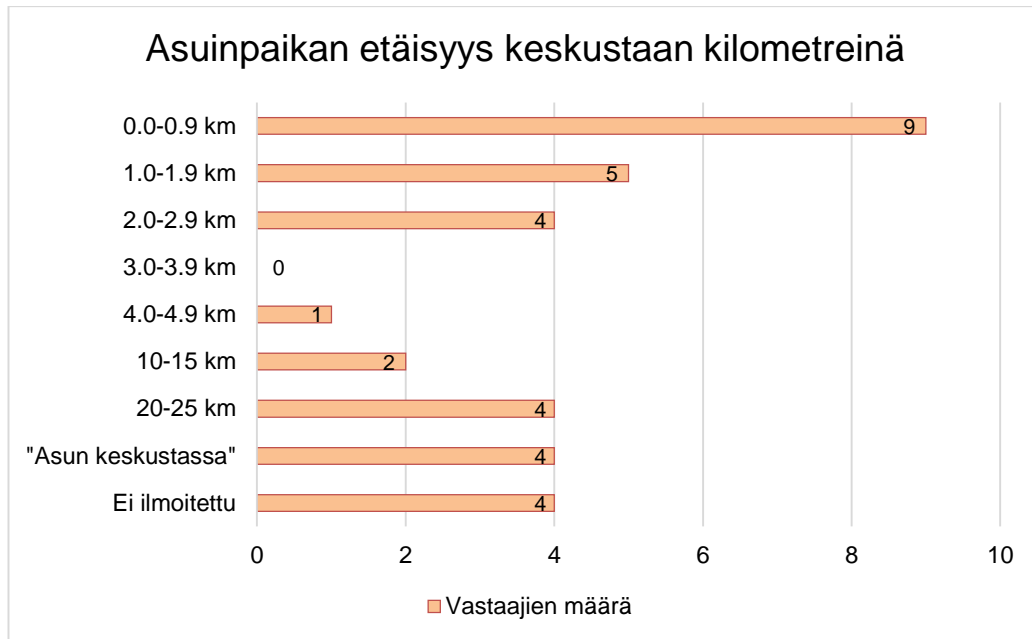
Tutkittavien ikä vaihteli 64–90 vuoden välillä. Alun perin tarkoituksena oli asettaa tutkittavien alaikärajaksi 70 vuotta, mutta pienen vastausmäärän vuoksi päädyin ottamaan tutkimuksessa huomioon myös alle 70 - vuotiaiden vastaukset. Kuviossa 6. on ilmoitettu kaikkien vastaajien ikäjakauma.



Kuvio 6. Tutkittavien ikäjakauma.

Suurta eroa ikäjakaumassa ei ollut, sillä tutkittavista alle 70 - vuotiaita oli neljä, 70–74 - vuotiaita viisi, 75–79 - vuotiaita seitsemän, 80–84 - vuotiaita seitsemän, 85–89 - vuotiaita neljä ja yli 90-vuotiaita kaksi. Vastaamatta jätti neljä henkilöä. Tutkittavista suurin osa oli naisia, joita oli kaikkiaan 27 henkilöä ja miehiä puolestaan kolme. Vastaamatta jätti yksi henkilö.

Asuinpaikan etäisyys vaikuttaa olennaisesti sosiaali- ja terveyspalvelujen saataavuuteen. Kaukana keskustan ulkopuolella asuvilla ikäihmisillä kulkeminen palvelujen luokse on haastavaa, varsinkin mikäli liikkumiskyky on huono tai heillä ei ole omaa autoa käytettävissä. Tutkittavat kokivat palvelujen luo kulkemisen hankalaksi, sillä asiointi esimerkiksi Seinäjoelle tai Jalasjärvelle vei aina vähintään kahden ihmisen ajan. Pitkät etäisyydet aiheuttivat sen, että ikääntyneet eivät lähteneet turhan takia asioille, vaan asioinnit pyrittiin keskittämään ja järjestämään samalle kertaa. Kuviossa 7. on esitetty etäisyydet vastaajien kodin ja keskustan välillä.



Kuvio 7. Asuinpaikan etäisyys keskustaan.

Tutkittavien henkilöiden asuinpaikan etäisyys Ylistaron ja Jalasjärven keskustaan vaihteli suuresti alle kilometristä aina 25 kilometriin asti. Suurin osa kyselyyn vastanneista (9 henkilöä) asui alle yhden kilometrin päässä ja kauimpana, 20–25 kilometrin päässä, asui neljä vastaajaa. Neljä oli vastannut "Asun keskustassa" ja neljä henkilöä jätti vastaamatta. Kaikkiaan kysymykseen vastasi 29 henkilöä.

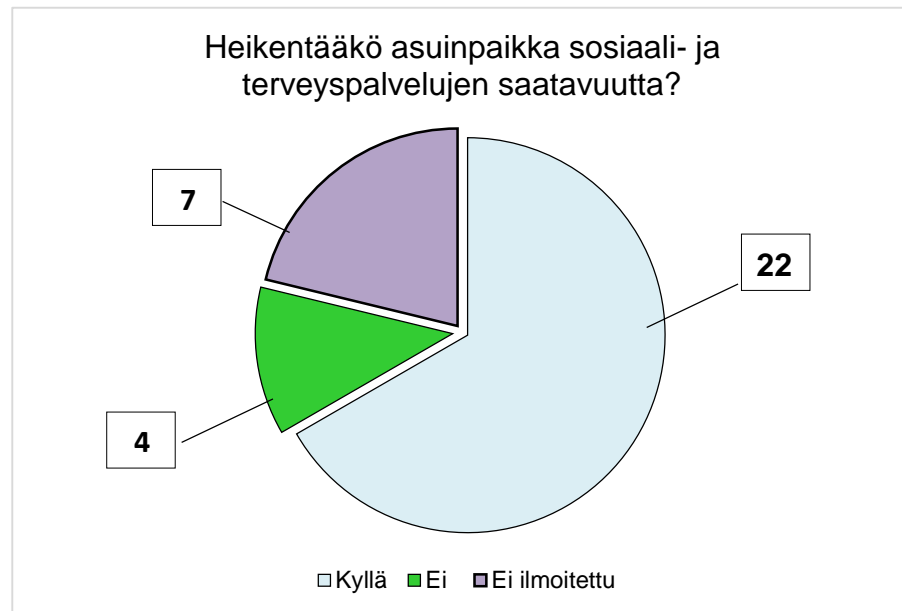
Yleisin asioilla käymiseen käytetty kulkumuoto oli oma auto, jonka valitsi 16 vastaajaa. Naapureiden, ystävien ja sukulaisten kyydillä kulki kaksi vastaajaa. Julkisia liikennepalveluja ei kyselyn mukaan käyttänyt kukaan. Haastateltavista kuitenkin kaksi kertoi käyttävänsä linja-autoa ja taksia esimerkiksi lääkärikäynteihin Seinäjoelle. Muun matkustustavan oli valinnut 17 vastaajaa ja yksi jätti vastaamatta. Moni vastaaja oli valinnut useamman kuin yhden vastausvaihtoehdon, joten kaikkiaan kysymykseen tuli 37 vastausta. Muita käytettyjä kulkumuotoja olivat kävely, pyöräily, potkukelkka, rollaattori sekä pyöräkelkka. Pyöräkelkka oli suosittu etenkin talvinaikana kauppareissuilla, sillä se koettiin turvalliseksi kulkuvälineeksi.

Haastateltavista kolme kertoi saavansa säännöllisesti kuljetusapua lähikunnissa asuvilta lapsiltaan. Yksi haastateltava asui yhdessä maanviljelijänä toimivan poikansa kanssa ja sai toisinaan kuljetusapua pojaltaan. Lapset kuljettivat vanhempiaan pääasiassa kauppaan ja apteekkiin. Haastateltavista neljä oli toimintakyvyllään hyväkuntoisia ja liikkui varsinkin kesäaikaan asioilla paljon polkupyörällä ja kävellen. Talviaikaan polkupyörän tilalla käytettiin rollaattoria tai potkukelkkaa, jotka koettiin turvallisiksi kulkemisen apuvälineiksi. Kukaan haastateltavista ei kertonut käyttävänsä palveluliikenteen palveluja, sillä tarvittava kuljetusapu järjestyi läheisten avulla. Haastatteluista ei selvinnyt, onko ikäihmisillä tietoa kuljetusliikenteen palveluista. Tämä herättää ajatuksen kuljetuspalveluiden tiedottamisen sisällyttämisestä liikkuvan hyvinvointilinja-auton palveluihin.

Haastateltavat käyttivät myös paljon julkisen liikenteen palveluita, erityisesti pidemmällä matkoilla. Linja-autoa keuhuttiin käytännölliseksi ja edulliseksi vaihtoehdoksi esimerkiksi taksiin verrattuna. Linja-auton käyttämistä puolsivat edullisen hinnan lisäksi sen helppous. Linja-autopysäkkien vähyys ja aikataulujen yhteensovittaminen puolestaan asettivat haasteita. Esimerkiksi puolen tunnin lääkärikäynti Seinäjoella saattoi venyä monituntiseksi huonojen kulkuyhteyksien takia. KELA-taksin palveluja sairaanhoidollisiin matkoihin haastateltavat eivät olleet käyttäneet, sillä tarvetta KELA-taksille ei vielä koettu linja-autolla kulkemisen ansiosta. Luopajärvellä asuvat haastateltavat käyttivät säännöllisesti taksia, sillä linja-autoyhteyksiä ei asuinalueella ole. Tästä syntyy tarvetta erityisesti palveluliikenteen saatavuuden kehittämiseksi. Taksilla matkustamisen ei voida ajatella olevan ainoa vaihtoehto, sillä Luopajärvi luetaan haja-asutusalueeksi ja palveluliikenteelle on selkeää tarvetta.

8.2 Sosiaali- ja terveystalvelujen lähitalvelut

Maaseudulla asuminen vaikuttaa erilaisten talvelujen saatavuuteen, sillä välimatkat talveluja tuottaviin tahoihin ovat pidemät kuin keskustassa asuvilla. Välimatkan lisäksi saatavuuteen vaikuttaa talvelujen puute tai niiden vähäisyys, sillä monet talvelut, kuten esimerkiksi terveystalvelut, ovat keskittyneet niin sanottujen emokuntien alueelle. Lisäksi julkisten kulkuyhteyksien puute heikensi talvelujen saatavuutta. Tietoisuus eri talveluista, kuten Kelan etuuksista, oli myös vähäistä. Haastateltavat perustelivat vähäisen tietämyksen syyksi informaation ja tiedon keskittymisen sähköiseen muotoon verkkoon. Kuviossa 8. on esitelty kyselyyn vastanneiden näkemyksiä asuinpaikan heikentävästä vaikutuksesta sosiaali- ja terveystalvelujen saatavuuteen.



Kuvio 8. Asuinpaikan vaikutukset sosiaali- ja terveystalvelujen saatavuuteen.

Tutkittavista suurin osa, kaksikymmentäkaksi vastaajaa koki, että maaseudulla keskusta-alueen ulkopuolella asuminen heikensi sosiaali- ja terveystalvelujen saatavuutta. Haastatteluissa esille tulleet näkemykset vahvistivat kyselylomakkeen tuloksia. Suurimmaksi haasteeksi muodostui kulkemisen organisointi. Haastateltavista kukaan ei ajanut autoa, joten matkustusavulle oli tarvetta. Pitkät matkat vaativat järjestelyjä paitsi kulkemisen myös aikataulujen suhteen. Erityisesti Luopajärvellä esille nousi huoli siitä, että ikääntyneiden tuli turvautua taksiin linja-

autoliikenteen puuttuessa kokonaan. Taksilla matkustaminen koettiin kuitenkin kalliiksi vaihtoehdoksi ja toivetta linja-autoliikenteelle oli. Ikääntyneet kokivat auttamisestaan koituvan liiaksi haittaa, sillä kyyditseminen esimerkiksi lääkäriin vei aina myös kuljettajan aikaa. Eräs haastateltava totesikin seuraavasti: ”Julkisia kulkuneuvoja ei juuri ole ja ellei ole omaa autoa menee 2 henkilön aika.” Pääasiassa matkustusapua kaivattiin kauppa- ja apteekkiasiointeihin sekä lääkärikäynteihin.

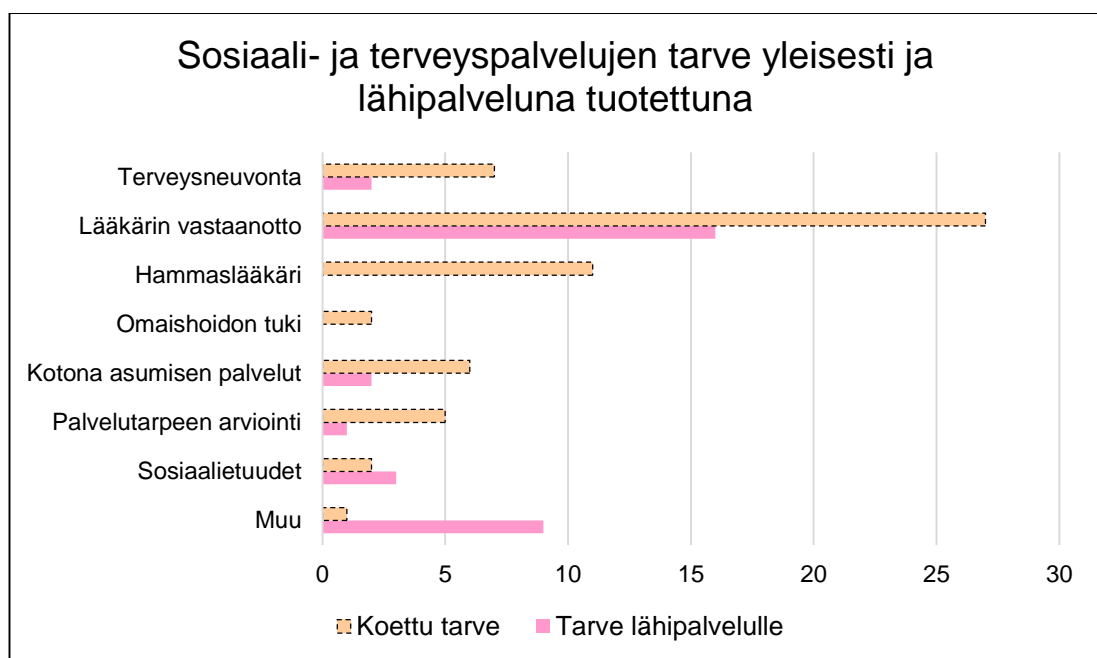
Haastatelluilla henkilöillä suurin huoli oli asuinpaikan vaikutus lääkäripalveluihin, joiden keskittyminen Seinäjoen kantakaupunkiin koettiin vahvasti negatiivisena asiana. Eräs vastaaja esitti mielipiteensä seuraavasti: ”Kaikki tutkimukset, kuten verikokeet, virtsanäytteet, verenpaineen mittaukset ym. jää tekemättä kun ei ole omaa neuvolaa!” Toinen vastaaja vastasi puolestaan seuraavasti: ”Lääkäripalvelut liian kaukana.” Lääkäripalvelujen puute koettiin välinpitämättömyytenä ja erityisesti vanhusten asema nähtiin huonona, kuten eräästä vastauksesta käy ilmi: ”Ei lääkäriä ei mitään. Vanhuksia ei käydä katsomassa.”

Haastattelujen pohjalta käydyt keskustelut olivat linjassa kyselyn kanssa. Haastateltavat kertoivat, että erityisesti lääkärin puuttuminen Ylistarosta vaikuttaa vahvasti paitsi terveydellisten asioiden hoitamiseen myös henkiseen hyvinvointiin. Lääkäripalvelujen läheisyys nähtiin eräänlaisena turvaa tuovana tekijänä. Sen sijaan lääkäripalvelujen sijainti kymmenien kilometrien päässä heikensi turvallisuuden tunnetta. Ylistarossa toimii tällä hetkellä aikuisneuvola, jossa on sairaanhoitajan vastaanotto. Haastateltavat kertoivat aikuisneuvolan olevan erinomainen apu terveydellisten asioiden hoitamisessa, varsinkin kun omaa lääkäriä ei ole. Luopajärvellä lähin lääkäriasema sijaitsee Jalasjärvellä, jonne haastateltavilla oli kotoa matkaa reilut kymmenen kilometriä. Molemmat haastateltavat kertoivat kuitenkin tarkistuttavansa säännöllisesti terveydentilaansa joka toinen viikko järjestettävässä päivätoiminnassa, jonka yhteydessä oli sairaanhoitajan vastaanotto.

Neljä kyselyyn vastanneista koki, ettei asuinpaikka vaikuttanut palvelujen saatavuuteen. Eräs vastaaja oli perustellut näkemyksensä seuraavasti: ”Ei vielä, koska ajan autoa.” Vastauksesta ei kuitenkaan ilmennyt, muuttuuko tilanne mahdollisesti, mikäli autolla ajaminen ei ole mahdollista. Vastaajista seitsemän ei ilmoittanut mielialpidettään. Perusteluiksi asuinalueen heikentävään vaikutukseen palvelujen suhteen koettiin ylivoimaisesti oman neuvolan puuttuminen, joka ilmeni yhdellätoista

vastaajalla. Kyselyn ja haastattelujen vastaukset ovat kuitenkin ristiriitaisia, sillä kyselyssä ilmenneiden vastausten perusteella Ylistarossa ei ole omaa neuvolaa, mutta haastatteluissa saadut vastaukset ovat päinvastaisia. Epäselväksi jäi, onko kaikilla Ylistarossa asuvilla ikäihmisillä tietoa aikuisneuvolan vastaanotosta.

Sosiaali- ja terveyspalvelut kattavat laajan kirjon erilaisia palveluja. Niihin luetaan kuuluiksi esimerkiksi terveyspalvelut, sosiaalietuudet, kotihoito sekä kotona asumista tukevat palvelut. Kuviossa 9. on esitetty vastaajien näkemyksiä tarvittaville sosiaali- ja terveyspalveluille sekä vastauksia kysymykseen, mitkä näistä palvelusta tulisi olla lähipalveluita.



Kuvio 9. Tarvittavat sosiaali- ja terveyspalvelut.

Moni kyselyyn vastannut oli valinnut useamman kuin yhden vastausvaihtoehdon. Eniten tarvetta koettiin lääkärin vastaanotolle, terveysneuvonnalle sekä palvelutarpeen arvioinnille. Terveysneuvonnan osa-alueista tärkeimmiksi nousivat ohjeistukset terveellisen ruokavalion noudattamiseen sekä muistin harjoittamiseen. Osalla haastateltavista oli todettu muistin alenemaa ja osa oli itse huolissaan muistin tilasta. Varsinaista muistisairausdiagnoosia ei haastateltavien mukaan ollut todettu kenelläkään. Palvelutarpeen arviointia kaipasi kaksi vastaajaa.

Kotona asumista tukevien palveluiden kohdalla tarvetta ilmeni erityisesti kauppa-, ateria- ja kuljetuspalveluissa. Syrjäseudulla asuminen lisäsi selkeästi esimerkiksi kauppa- ja ateriapalvelun tarvetta, sillä pitkien välimatkojen vuoksi kauppaan pääsy oli hankalaa. Läheisten asuessa kauempana, ei säännöllistä apua kauppa-asiointiin ollut tarjolla. Kuitenkin vain yhdellä tutkittavista oli kauppapalvelu käytössä. Ateriapalvelua oli kokeillut yksi tutkittava, mutta tällä hetkellä kellään tutkimukseen osallistuneista ei ollut ateriapalvelua käytössä. Kysyttäessä ateriapalvelun tarpeesta, kolme viidestä haastateltavasta kertoi, ettei ollut kyseisestä palvelusta tietoinen.

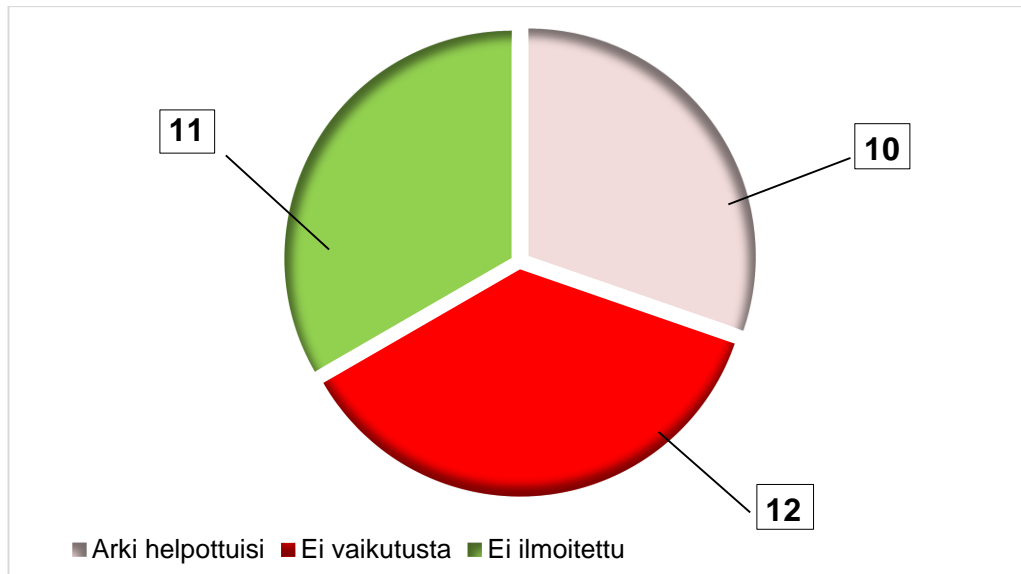
Kuljetuspalvelujen tarvetta ilmeni etenkin Luopajärvellä asuvien kohdalla, sillä ilman läheisten apua ainut kulkumuoto oli taksi. Molemmat Luopajärven haastateltavat kävivät säännöllisesti joka toinen viikko peruspalveluliikelaitoskuntayhtymän järjestämässä päivätoiminnassa, jonne oli yhteislinja-autokuljetus. Molemmat tutkittavista arvioivat, että ilman kunnan järjestämää yhteiskuljetusta, päivätoimintaan osallistuminen saattaisi jäädä kokonaan. Toimintakyvyn heikentyessä tarpeen erilaisille tukipalveluille, kuten siivous- ja kylvetyspalveluille, arveltiin lisääntyvän.

Haastatteluissa ilmeni, että tietämys erilaisista sosiaalipalveluista oli vähäistä palvelutarpeen ollessa pieni. Eräs haastateltava koki hankalaksi tiedon keskittymisen sähköiseen muotoon ja ilman tietokonetta tiedon saaminen koettiin vaikeaksi. Kellään haastateltavista ei ollut vielä tarvetta sosiaalipalveluille, mutta esimerkiksi Kelan etuuksista, kuten eläkkeensaajan hoitotuesta, kaivattiin lisää tietoa. Tiedonsaantia voitaisiin tehokkaasti edistää liikkuvien hyvinvointipalvelujen avulla. Matalan kynnyksen toimipisteen ansiosta tietoa voitaisiin tuoda ikäihmisille suoraan ilman sähköistä liikennettä. Tiedonsaantia voitaisiin lisätä kirjallisen materiaalin lisäksi henkilökohtaisella palvelulla.

Lähipalveluiksi suurin osa kyselyn vastaajista kaipasi lääkärin vastaanottoa. Haastattelutulokset eivät poikenneet kyselyn tuloksista, sillä myös haastateltavat nostivat tärkeimmäksi sosiaali- ja terveystalvelun lähipalveluiksi lääkäriin vastaanoton. Vastauksiin lienee vaikuttanut pienissä kuntakeskuksissa esiintyvä lääkäripula. Muita kyselyssä esille nousseita toivottuja lähipalveluita olivat neuvolapalvelut, äitiysneuvola, terveydenhoitajan vastaanotto, lasten neuvola ja ateriapalvelu. Kyselylomakkeen vastausvaihtoehto ”muu” sisälsi Marevan-kokeen ottamisen. Kyselyyn jätti vastaamatta yksi henkilö.

Kysyttäessä haastateltavien kokemuksia sosiaali- ja terveystalvelujen asiakasläh- töisyydestä, vastaus oli yksimielinen: palvelu on yksilöityä ja ikäihmisten tarpeet huomioon ottavaa. Hyvän palvelun kulmakiviksi nousivat haastattelujen pohjalta ystävällisyys, huomioon ottaminen sekä kiireettömyys. Ikääntyminen nähtiin palve- lujen tarvetta lisäävänä tekijänä sairauksien lisääntymisen ja toimintakyvyn heik- kenemisen vuoksi. Koska kaikki kyselyyn vastanneet ikäihmiset olivat hyvin oma- toimisia, sosiaalisten palvelujen palvelutarvetta ei koettu vielä ajankohtaisena.

Ajatus hyvinvointilinja-autosta herätti kyselyyn vastanneissa henkilöissä ajatuksia puolesta ja vastaan. Tulosten perusteella voidaan kuitenkin todeta, että tien päällä kulkeva hyvinvointiauto saisi kyselytutkimuksen perusteella kannatusta Ylistarossa ja Luopajärvellä asuvien ikäihmisten keskuudessa. Kuviossa 10. on esitetty mieli- pidejakauma hyvinvointilinja-auton tarpeellisuudesta.



Kuvio 10. Hyvinvointilinja-auton vaikutukset arkeen.

Kyselyyn vastanneista kymmenen koki ajatuksen hyvinvointilinja-autosta hyväksi ja kaksitoista kertoi, ettei hyvinvointilinja-autolla olisi vaikutusta tämän hetkiseen arkeen. Idea liikkuvasta hyvinvointipalvelusta sai kannatusta erityisesti sellaisilta henkilöiltä, jotka olivat kyselyssä ilmoittaneet asioiden hoitamisen tapahtuvan pääasiassa muuten kuin omalla autolla. Haastateltavista henkilöistä yhdellä oli oma auto, jota käytettiin pääasiassa kauppa- ja apteekkiasiointiin sekä harrastuksiin kulkemiseen. Lääkärikäynnit Seinäjoelle hoituivat lähikunnissa asuvien lasten avustuksella. Kyselyssä hyvinvointilinja-autoa puollettiin seuraavasti: "Paljon helpottaisi, halvempi." Toinen vastaaja perusteli näkemyksensä vastaavasti: "Ei aina tarvitsisi lähteä 25 km päähän." Puoltavaa näkökantaa perusteltiin lisäksi sillä, että matalan kynnyksen toimipisteenä palvelun saavuttaminen olisi helpompaa, kun ei tarvita erillistä ajanvarausta.

Haastatteluiden perusteella kannatus hyvinvointilinja-autolle oli vahva ja erään haastateltavan lausetta lainaten: "Niin, ei se olisi kyllä yhtään hassumpi systeemi." Kysyttäessä kuinka usein liikkuvien hyvinvointipalveluiden olisi hyvä liikennöidä, vastaukset olivat vaihtelevia. Sopiva liikennöintimäärä vaihteli yhdestä neljään kertaan kuukaudessa. Perusteluiksi kerrottiin näkemys, jonka mukaan kotona asuvilla ei ole esimerkiksi neuvontapalveluille tarvetta useammin kuin kerran viikossa. Yhtenäinen mielipide oli kuitenkin se, että säännöllinen liikennöinti olisi ehdoton.

Kysyttäessä haastateltavilta millaisia palveluja hyvinvointilinja-autossa oli hyvä olla, vastaukset olivat pääasiassa terveydellisiä. Haastateltavat näkivät erityisesti sairaanhoitajan vastaanoton tärkeänä, mutta sen sijaan lääkärin palveluja ei pidetty välttämättöminä. Sairaanhoitajan ajateltiin pystyvän hoitamaan pienempiä terveydellisiä toimia, kuten verenpaineen mittauksia. Tarvittaessa sairaanhoitaja voisi varata lääkärille vastaanottoaikaan jatkotoimenpiteisiin. Terveyttä edistävä ohjaus ja neuvonta saivat myös kannatusta haastateltavilta. Sen sijaan erilaisten sosiaalisten palvelujen tarve koettiin vähäisempänä, joskin esimerkiksi Kelan etuuksista kaivattiin lisää helposti saatavaa tietoa.

Yllättävä huomio kyselylomakkeen vastauksissa oli se, että vaikka suurin osa kyselyyn vastanneista koki asuinpaikan heikentävän sosiaali- ja terveyspalvelujen saatavuutta, enemmistö koki kuitenkin, ettei hyvinvointilinja-autolla olisi vaikutusta arkeen. Kyselyyn vastanneista nimittäin enemmistö (12 henkilöä) koki, ettei hyvinvointilinja-autolla olisi vaikutusta arkeen. Yksitoista vastaajaa jätti kokonaan vastaamatta. Perustelut pohjautuivat pitkälti omalla autolla kulkemiseen, kuten eräs vastaaja ilmoitti: "Ajan vielä autoa en kyllä tiedä kuinka kauan."

9 JOHTOPÄÄTÖKSIÄ

Suomen sosiaali- ja terveysalan palvelujärjestelmä on monien haasteiden edessä. Tämänhetkisen palvelujärjestelmän toimivuutta horjuttavat muun muassa ikääntyneiden määrän kasvu, ikäihmisten muuttuvien tarpeiden ymmärtäminen ja niihin vastaaminen sekä palvelujen saatavuuden turvaaminen. Nämä yhdessä kiristyneen taloustilanteen kanssa saattavat yhteiskuntamme tilanteeseen, jossa muutokset ovat väistämättä edessä. Väestön keskittyminen kaupunkien keskustaajamiin vaikuttaa sosiaali- ja terveyspalvelujen saatavuuteen, sillä palvelut siirtyvät sinne, missä käyttäjätkin ovat. Tämä puolestaan saattaa kaupunkien reuna-alueet eriarvoiseen asemaan muihin asuinalueisiin verrattuna.

Ihmiset ovat yksilöitä ja palveluntarve saattaa poiketa paljon niin eri väestöryhmien kuin saman ikäluokankin ihmisten kesken. Vaarama (2009, 77) muistuttaa, ettei ole olemassa kahta samalla tavalla ikääntyvää ihmistä, sillä yksilölliseen vanhenemiseen vaikuttavat esimerkiksi syntyperä, kasvatus, koulutus sekä kulttuuri. Yksilöllinen ikääntyminen on haaste, sillä vanhuus ja vanheneminen nähdään helposti homogeenisenä tapahtumana, jolloin yksilölliset piirteet helposti unohtuvat.

Miten sitten maaseudulla asuminen heikentää sosiaali- ja terveyspalvelujen saatavuutta ikäihmisten näkökulmasta? Millaisia konkreettisia sosiaali- ja terveysalan lähipalveluja ikäihmiset kaipaavat oman hyvinvointinsa tueksi? Entä voisiko liikkuva hyvinvointipalvelukonsepti olla ratkaisu kyseisten palvelujen saatavuuden lisäämiseksi? Näihin pääkysymyksiin hain vastauksia opinnäytetyölläni. Tavoitteena oli lisäksi tuoda esille palveluohjauksen keskeinen tehtävä ehkäisevässä vanhuustyössä.

Palveluiden keskittäminen keskustaajamien alueelle heikentää eri asuinalueiden asukkaiden tasavertaisuutta sosiaali- ja terveyspalveluiden käyttäjinä. Lähipalveluiden merkitys korostuu tarkasteltaessa palvelujen saatavuutta ja saavutettavuutta. Osaa haja-asutusalueiden palveluista on pyritty säilyttämään kuntaliitosten jälkeen tarkoituksena turvata joidenkin palvelujen saatavuus myös entisissä kuntien keskuksissa. Tällaiset kyläpalvelut ovat sisällöltään kuitenkin suppeampia kuin keskustaajamien vastaavat palvelut. Integroiminen eli yhdentäminen johtaa palvelujen heikkenemiseen ja sitä kautta laadun huononemiseen. (Husberg 2013,11.) Palvelutarjonnan supistuminen vaikeuttaa palvelun piiriin pääsemistä, sillä asukasta kohden palveluja on tarjolla selkeästi vähemmän kuin kaupunkien keskuksissa.

Välimatkat kuntien sisällä saattavat kasvaa suuriksi. Kun palvelut karkaavat keskustaajamiin kauas maaseutu- ja syrjäkyläasukkaiden lähetyviltä, korostuu tarve julkisille joukkoliikennepalveluille. Suuri osa haja-asutusalueiden iäkkäistä palvelunkäyttäjistä elää täysin autottomassa taloudessa. Kyselyyni osallistuneiden henkilöiden kohdalla tilanne oli poikkeava, sillä suurin osa vastaajista asioi omalla autolla. Heidän vastauksiensa pohjalta tarvetta julkisille liikennepalveluille ei vielä ollut.

Palvelutarve saattaa vaihdella paljonkin saman ikäryhmän sisällä. Siinä, missä toinen tarvitsee runsaasti eri sosiaali- ja terveysalan palveluita, toinen voi tulla toimeen ilman mitään ulkopuolista apua. Tämä vaikutti myös tutkittavien kohdalla näkemykseen hyvinvointipalveluiden riittävydestä ja toimivuudesta. Haastattelujen pohjalta voi todeta, että toimintakyvyltään hyväkuntoinen ikäihminen on tyytyväisempi sosiaali- ja terveyspalvelujen tarjontaan kuin henkilö, jolla palvelutarve on suurempi.

Vanhenemisprosessit ja iän myötä lisääntyvien sairauksien määrä vaikuttavat toimintakyvyn heikkenemiseen vähitellen. Toimintakyvyn eri osa-alueet joutuvat muutosten kohteeksi eriaikaisesti siten, että iäkäs henkilö saattaa olla fyysiseltä toimintakyvyltään hyväkuntoinen, mutta sairastaa arjen toimintoihin vaikuttavaa muistisairautta. (Heikkinen 2005.) Ikääntymisen muutokset näyttäisivät vaikuttavan ensimmäiseksi fyysiseen ja kognitiiviseen toimintakykyyn, mikä selittää sen, että tutkimukseen osallistuneet maaseudun ikääntyneet näkivät tarpeellisimmiksi nimenomaan fyysisen terveyden ylläpitämiseen tarvittavat palvelut.

Palatakseni lukuun 3.1, jossa käsittelin vanhenemisen muutoksia toimintakyvyn eri osa-alueisiin, selkeästi vähiten ikääntymisen heikentävät vaikutukset ulottuivat psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn. Viidestä haastateltavasta neljä oli aktiivisesti mukana seurakunnan tai kunnan järjestämässä toiminnassa, esimerkiksi päivätoiminnassa. Mielialan haastateltavat kertoivat pysyvän hyvänä säännöllisen sosiaalisen elämän avulla. Suhteet perheenjäseniin, kuten lapsiin ja lapsenlapsiin, olivat kunnossa ja yhteydenpitoa oli puolin ja toisin säännöllisesti. Näyttäisi siltä, että jonkin toimintakyvyn osa-alueen vajavaisuuksien vaikutuksia on mahdollista kompensoida toisen osa-alueen komponenteilla. Näin esimerkiksi virkeä sosiaalinen elämä ja hyvä itsearvostus voivat saada monien sairauksien aiheuttaman fyysisen toimintakyvyn laskun tuntumaan vähemmän elämää rajoittavalta.

Sähköisten palvelujen käyttö saatavuuden helpottamiseksi lisääntynee lähitulevaisuudessa. Joidenkin palvelujen, kuten neuvonta- ja ohjauspalvelujen, kohdalla sähköinen palvelujärjestelmä mahdollistaa palvelujen saatavuuden myös kiinteiden toimipaikkojen aukioloaikojen ulkopuolella. Kynnys palvelujen piiriin hakeutumiseksi saattaa madaltua, sillä sähköisiä palveluja voi käyttää kotoa käsin. Kuntaliitto (2013, 3) nostaa dialogissaan esille sähköisen palvelujärjestelmän vaaroja. Koska suurimmalla osalla ikääntyneistä sähköisen palvelujärjestelmän hyödyntäminen ei ole mahdollista, tuloksena ovat rakenteellisen syrjinnän ainekset. Myös tässä tutkimuksessa ilmeni merkkejä palvelujen sähköistymisen huonoista puolista.

Tiedon keskittyessä verkkoon, tiedonhankinta hankaloituu iäkkäiden ihmisten kohdalla. Haastateltavista yhdelläkään ei ollut tietokonetta tai kokemusta sen käytöstä, mikä osaltaan selittää vähäisen tietouden eri palveluista ja etuuksista. Niemelä (2003, 80) perustelea tutkimuksessaan sähköisen tietojärjestelmän vähäistä käyttöä myös tietotekniikan käyttöön liittyvillä epävarmuustekijöillä. Erityisesti tiedonhaussa käytettävä elektroninen ympäristö voi tuottaa erityisen suuria haasteita.

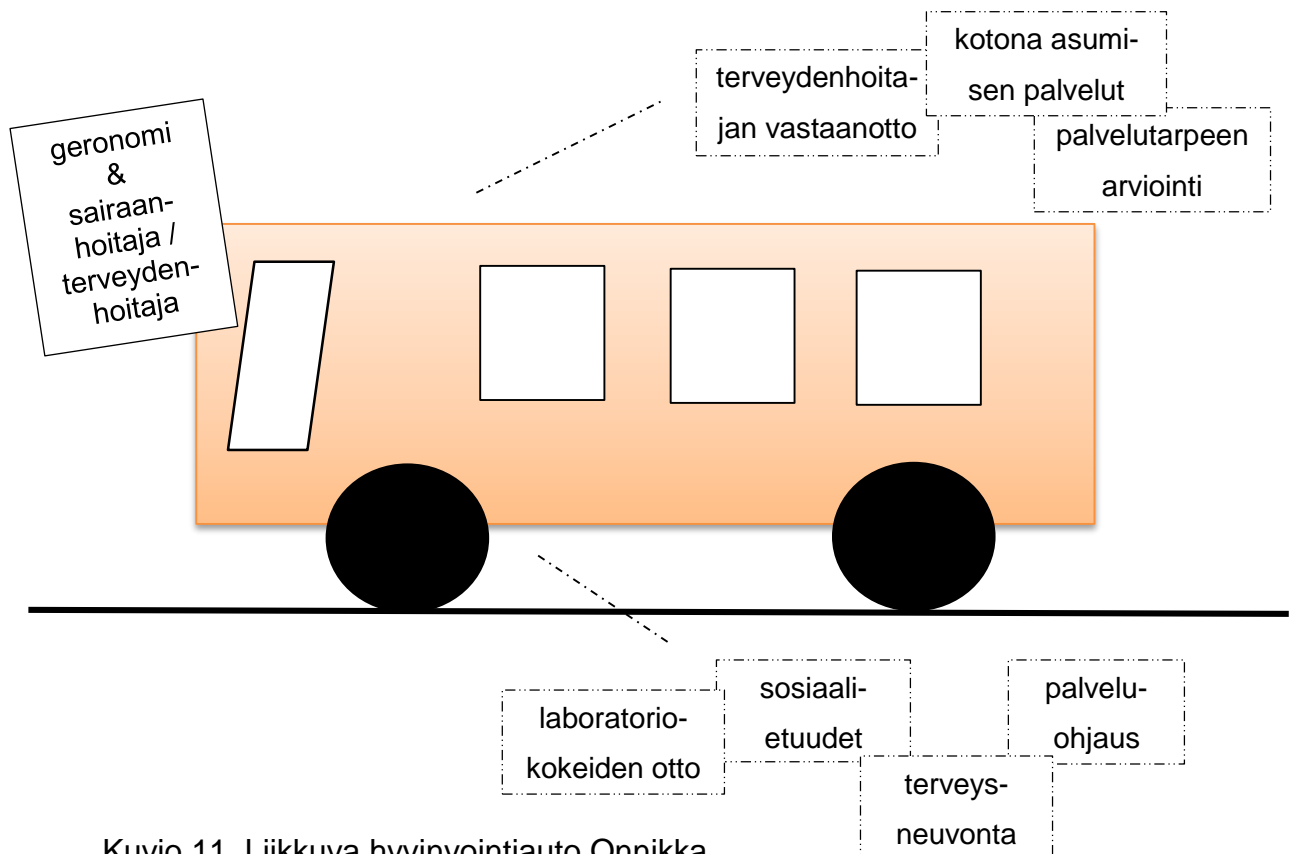
Tässä tutkimuksessa saatujen tulosten pohjalta voidaan päätellä, että tietoisuus sellaisista palveluista, joista tutkittavilla ei ollut omakohtaista kokemusta, oli todella vähäistä. Ne tutkittavat, joiden palvelutarve oli pysynyt tähän päivään mennessä vähäisenä, olivat tarjolla olevista palveluista tietämättömpiä verrattuna niihin, joiden palvelutarve oli tutkimuksen aikana tai ennen sitä ollut suurempi. Haastattelujen perusteella tutkittavat olivat tietoisia, mistä tietoa eri palveluista oli mahdollista hakea toimintakyvyn laskiessa.

Liikkuva hyvinvointipalvelukonsepti tuo joustavuutta palvelutarjontaan sekä palvelujen saatavuuteen. Yksilöllisesti suunnitellut, eri asiakasryhmien tarpeisiin vastaavat matalan kynnyksen palveluautot lisäävät mahdollisuuksia palvelujen käyttämiseen. Kun palvelu ei ole tiukasti aikaan ja paikkaan sidottua, joustavuus lisääntyy. Palveluvalikoiman monipuolisuus vaikuttaa palvelukonseptin subjektiiviseen merkitykseen. Mitä laajempi ja asiakaslähtöisempi palveluvalikoima on, sitä enemmän liikkuvien palveluiden avulla voidaan täydentää tai korvata muiden toimipaikkojen palveluita. (Immonen & Koivuniemi 2012, 40.)

Konkreettisten palvelujen, kuten palvelutarpeen arvioinnin, lisäksi hyvinvointilinja-autolla on mahdollista vaikuttaa palveluista saatavan tiedon määrään. Kokemukset osoittavat, että uuden tiedon käsitteleminen hankaloituu ikääntymisen myötä. Pienten yksityiskohtien muistamisen ja kokonaiskuvan hahmottamisen helpottamiseksi voidaan hyödyntää erilaisia mainoksia, julisteita tai muita esitteitä. Kun tietoa on saatavissa kirjallisessa muodossa, sen pariin on helppo palata myöhemminkin.

Tutkimukseni perusteella ikääntyneiden suhtautuminen hyvinvointilinja-autoon oli pääasiassa positiivista. Ajatus siitä, että palvelut tuotaisiin asiakkaiden luo, sai tutkittavien keskuudessa paljon hyväksyntää. Erityisesti palvelutarjonnan keskittyminen nimenomaan ikääntyneiden palvelutarpeeseen lisäsi tutkittavissa myönteisiä näkemyksiä. Yleisesti tutkimustulosten perusteella voidaan päätellä, että liikkuvat hyvinvointipalvelut olisi tervetullut uudistus sosiaali- ja terveystalouden palvelujärjestelmään. Innokkaita uusia asiakkaita löytyisi ainakin Ylistaron ja Luopajarven asukkaiden keskuudesta.

Liikkuva hyvinvointiauto Onnikka on kuvitteellinen, tutkimustulosten pohjalta suunniteltu liikkuva palvelukonsepti. Se on kehitelty vastaamaan haja-asutusalueiden asukkaiden moninaisia sosiaali- ja terveyspalvelujen tarpeita.



Kuvio 11. Liikkuva hyvinvointiauto Onnikka

Onnikan palvelukokonaisuus (kuvio 11) on suunniteltu täysin tutkimustulosten pohjalta. Tarkoituksena on tarjota tarpeellisimmiksi koettuja terveyden ja hyvinvoinnin palveluja. Terveystenhoitajan vastaanotto, kotona asumisen palvelut, palvelutarpeen arviointi, laboratoriokokeiden otto, sosiaalietuudet, terveysneuvonta ja palveluohjaus nousivat keskeisiksi lähipalveluiksi ikääntyneiden tarpeiden pohjalta. Jokainen edellä mainittu palvelu on lisäksi sellainen, jonka saaminen edellyttää fyysistä asiakaskontaktia.

Tutkimuksen kohderyhmä oli rajattu henkilöihin, jotka eivät olleet säännöllisen kotihoidon palveluiden piirissä. Tutkittavat olivat toimintakyvyltään hyväkuntoisia ja itsenäisesti toimeen tulevia ja kotihoidon palveluiden ajateltiin olevan tarkoitettu sellaisille, joilla oli avuntarvetta arkisissa toimissa selviytymisessä. Sen sijaan kotihoidon tukipalveluiden käytölle tuntui olevan enemmän tarvetta. Tulosten pohjalta ilmeni avuntarvetta erityisesti kodinhoidollisissa tehtävissä, kuten siivouksessa ja ympäristön huollossa.

Kotona asumisen tukea tarvitaan tilanteessa, jossa kunnon heikkeneminen, asiainnin vaikeus tai jokin muu syy aiheuttaa vaikeuksia jokapäiväisten toimien kohdalla. Tällaista tukea voidaan hakea kaupungin palveluista tai yksityisiltä palveluntuottajilta. Kotona asumisen tukipalveluihin luetaan muun muassa ateria-, kauppa- ja kuljetuspalvelut sekä omaishoidontuki. (Palveluopas Seinäjoen ikäihmisille 2015, 18.) Geronomin näkökulmasta kotona asumista tukevat palvelut ovat keskeisiä palveluja ikääntyneiden itsenäistä elämää ajatellen. Koska nämä palvelut ovat kotiin tuotettavia, niitä ei voida tarjota hyvinvointilinja-autossa.

Ikääntyneiden palvelutarpeen arviointi on tarkoitettu yli 75-vuotiaille henkilöille. Laaja-alaisesti tehtynä se toimii yhtenä varhaisen tuen mallina. Palvelutarvetta ei tarvitse arvioida samalla tavalla jokaisen asiakkaan kohdalla, mutta sosiaalihuoltolaki kuitenkin velvoittaa arvioimaan asiakkaan tilannetta tarpeen edellyttämässä laajuudessa. (Sosiaalihuoltolaki 2015, 64–65.) Koska palvelutarpeen arvioinnin laajuus voi vaihdella asiakkaan tilanteesta riippuen, hyvinvointilinja-auto ei tarjoa riittäviä puitteita kokonaisvaltaisen palvelutarpeen arvioimiselle. Tämän vuoksi Onnikassa tehtävä arviointi olisi lähinnä alkukartoituksen kaltaista tiedonhankintaa ja yleistiedon jakamista.

Palveluohjaus liittyy läheisesti palvelutarpeen arviointiin, sillä palveluohjauksen yhteydessä asiakasta voidaan ohjeistaa hakeutumaan palvelutarpeen arviointiin (Zitting & Ilmarinen 2010, 38). Onnikan tarjoama palveluohjaus toimisi matalan kynnyksen periaatteella, jolloin asiakkaalla on mahdollisuus ohjaukseen ilman ajanvarausta. Yksilöllinen palveluohjaus vaatii kuitenkin riittävät resurssit niin tiedon, ajan kuin paikankin suhteen, joten Onnikassa palveluohjaus toimisi lähinnä tiedottamisen muodossa tarjoten hieman suppeampaa palvelua kuin kiinteän toimipisteen palveluohjaus.

Tutkittavat kaipasivat lähipalveluna tuotettavan laboratorionäytteiden ottoa sekä terveydenhuollon ammattilaisten, tarkemmin sanottuna lääkärin ja sairaanhoitajan/terveydenhoitajan, vastaanottoa. Haastatteluissa tarkentui, että hyvinvointilinja-autossa riittäisi hyvin sairaanhoitajan vastaanotto, eikä lääkäripalveluita tarvittaisi erikseen. Sairaanhoitajan tehtäväksi katsottiin laittaa lähetettä edelleen lääkärille tarpeen mukaan. Onnikassa otettaviin verinäytteisiin voisi lukeutua esimerkiksi eri vitamiinipitoisuuksien sekä tulehdus- ja kolesteroliarvojen mittaukset. Nämä hyvin tavalliset näytteenotot antavat viitteitä hyvinvoinnista ja terveydestä ja tarvittaessa sairaanhoitaja pystyisi ohjeistamaan asiakkaita kohti parempaa omahoitoa.

Ikääntyneiden terveysneuvonta on ehkäisevää toimintaa, jolla pyritään parantamaan toimintakykyä, elämänlaatua sekä lisäämään onnellisuutta. Keskeisenä tavoitteena on edistää itsenäistä kotona asumista ja vähentää palvelujen tarvetta. Lisäksi terveysneuvonnalla pyritään vaikuttamaan hyvän hoitotasapainon edistämiseen. (Sulkava 2009.) Onnikan terveysneuvonta keskittyisi arkipäivän asioihin, joiden avulla on mahdollista vaikuttaa omaan elämäntilanteeseen. Tällaisia neuvonnan aiheita ovat muun muassa terveysliikunta, ravitsemus, lääkitys, nautintoaineet sekä henkinen hyvinvointi.

Ikääntynyt kohtaa elämässään monia ongelmatilanteita. Yksinäisyys ja masennus ovat yhä yleistyvissä määrin esiintyviä henkistä hyvinvointia heikentäviä tekijöitä. Muisti ja siihen liittyvät haasteet ja jo diagnosoidut muistisairaudet aiheuttavat huolta sekä sairastuneessa että hänen läheisissään. Yksinäisyys ja masennus, taloudelliset vaikeudet, päihde- ja mielenterveysongelmat sekä perhe- ja parisuhdeongelmat ovat arkaluontoisia asioita, joista ei välttämättä haluta avautua ulkopuolisille. Avunhakemista voidaan helpottaa matalan kynnyksen palvelun toimintaperiaatteella, jolloin esimerkiksi yhteydenotto palveluja tarjoavaan tahoon yksinkertaistuu. Erilaiset tiedotteet ja mainokset ovat tehokas tapa tiedon välittämiseen, sillä yhdellä esitteellä voidaan jakaa paljon arvokasta tietoa.

Kunnan ja Kelan etuudet kattavat laajan kirjon palveluita. Tutkimuksen yhteydessä esille nousseet omaishoidontuki sekä eläkkeensaajan hoitotuki ovat vain esimerkkejä niistä lukuisista palveluista, joihin ikääntyneet voivat olla oikeutettuja. Yksityisten terveyspalvelujen tarjonta ja käyttö kunnallisten palvelujen täydentäjinä ja vaihtoehtoina on viime vuosien aikana lisääntynyt. Yleisimpiä yksityisiä terveyspalvelu-

ja ovat fysioterapian ja lääkärin sekä hammaslääkärin palvelut. (Aluehallintovirasto 2015.) Ikääntyneet ovat yksi yksityisten terveystalvelujen asiakasryhmistä. Talvelujen piiriin pääseminen on julkista terveydenhuoltoa nopeampaa ja tämä tekijä yksinään saattaa lisätä iäkkäiden asiakkaiden määrää.

Ikääntyneille olisi hyvä jakaa monipuolisesti tietoa sekä kunnan että Kelan etuuksista ja korvauksista. Nostaisin Kelan asioista keskeisiksi lääkekorvaukset, yksityisen sairaanhoidon ja hammashoidon korvaukset sekä matkakorvaukset. Koska ikääntyneistä jokainen on jo saavuttanut eläkeiän, olisi asiakkaille syytä tiedottaa myös eläkeasioista. Keskeisiä eläkkeitä ovat kansan- ja leskeneläke, perhe-eläke sekä takuueläke.

Seinäjoella toimii lukuisia järjestöjä, jotka tarjoavat monipuolisesti ikääntyneille suunnattua toimintaa ja tapahtumia. Järjestöt ovat avainasemassa ehkäisevän ja kotona asumista tukevan toiminnan tarjoamisessa. Lisäksi järjestötoiminta tarjoaa arvokasta henkistä hyvinvointia tukevaa sosiaalista toimintaa. Tutkimuksessa järjestötoiminta oli melko suuressa roolissa, sillä tutkittavat olivat aktiivisesti mukana esimerkiksi päivätoiminnassa, erilaisissa liikuntaryhmissä sekä seurakunnan tapaamisissa ja toiminnoissa. Hyvinvointilinja-autossa olisi hyvä tarjota tietoa erilaisista toiminnoista Seinäjoella ja lähikunnissa. Erilaisten harrastekerhojen lisäksi tärkeää olisi jakaa tietoa vertaistukiryhmistä esimerkiksi puolisonsa menettäneille henkilöille.

Onnikan keskeisenä ideana on toimia pääasiallisten palveluntuottajien tukena. Näin ollen sen tarkoituksena ei ole korvata kokonaan muita kuntakeskuksen palveluja, vaan helpottaa erilaisten palvelujen saatavuutta ja lisätä tietoisuutta. Tarpeen ollessa vähäinen, palvelutarjontaa supistetaan ja keskitetään entistä voimakkaammin kuntakeskukseen. Näin esimerkiksi Kelan palveluiden saaminen on vaikeutunut. Palvelua saatetaan joutua odottamaan seuraavien vapaiden asiakaspalveluaikojen ollessa päivien, jopa viikkojen päässä. Äkillisen tarpeen ilmaantuessa asiakkaalla ei olekaan mahdollista saada nopeaa palvelua. Tällaisten tilanteiden helpottamiseksi Onnikan toimintaperiaatteella voidaan vastata asiakkaiden tarpeisiin.

10 POHDINTAA

Ehkäisevä vanhustyö on tärkeä sosiaali- ja terveydenhuollon osa-alue. Suomen kaltaisessa hyvinvointivaltiossa sen merkitys on valitettavasti jäänyt korjaavien toimintojen alle. Panostamalla ennakoivasti ikääntyneiden kokonaisvaltaiseen hyvinvointiin ja terveyteen, keskuudessamme voisi olla tulevaisuudessa entistä isompi joukko toimintakyvyltään hyväkuntoisia ikäihmisiä. Ehkäisevä vanhustyö ei mielestäni ole saavuttanut arvoistaan asemaa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmässä. Siksi geronomina, vanhustyön asiantuntijana, koen tärkeäksi nostaa ehkäisevät toimenpiteet osaksi ikääntyneiden palveluiden suunnittelua ja toteutusta.

Liikkuvat hyvinvointipalvelut ovat rantautuneet Suomeen, joskin uskon niiden kulta-ajan sijoittuvan enemmän lähitulevaisuuteen. Liikkuvat palvelut ovat tehokas tapa viedä palveluja alueille, joista palvelunkäyttäjien on haasteellista päästä palvelujen luo. Koen geronomien tehtäväksi kehittää vanhustyötä sellaisilla toimilla, jotka ovat pidemmällä aikavälillä tehokkaita. Liikkuvat palvelukonseptit tarjoavat mahdollisuuksia sekä ikääntyneiden palvelujen kehittämiseen että luovuuden ja uusimman teknologian hyödyntämiseen.

Tutkimusprosessi kesti kokonaisuudessaan reilun vuoden. Kypsyttelin opinnäytetyön aihetta useamman kuukauden ajan ja aloitin teorian työstämisen syksyllä 2014. Keväällä 2015 etenin tutkimuksessa empiiriseen osioon. Kesällä 2015 pitämäni muutaman kuukauden tauko tarjosi kaipaamaani etäisyyttä työhön. Syksyllä 2015 tutkimuksen pariin palattuani ryhdyin keräämään lisääaineistoa. Teorian ja empirian työstäminen eteni koko syksyn ajan. Kaikkiaan koko tutkimus eteni alkuperäisen aikataulusuunnitelman mukaisesti.

Olin asettanut tutkimukselle kolme pääongelmaa. Empirian ensimmäisen vaiheen eli kyselyn ja yksilöityjen teemahaastattelujen analysoinnin jälkeen huomasin, että en ollut saanut vastauksia kaikkiin tutkimuskysymyksiin. Tulokset keskittyivät täysin terveydenhuollon palveluihin sosiaalihuollon näkökulman jäädessä puutteelliseksi. En kuitenkaan lähtenyt tässä vaiheessa muuttamaan tutkimuskysymyksiä. Sen sijaan pohdin, voisiko lisääaineiston kerääminen tuoda puuttuvia vastauksia tutkimusongelman ratkaisemiseksi.

Päädyin tekemään lisää yksilöityjä teemahaastatteluja. Muokkasin haastattelurungon kysymyksiä siten, että saisin paremmin esille nimenomaan tutkimusongelman ratkaisemiseksi tarvittavia vastauksia. Tällä kertaa kohdistin haastattelut Jalasjärven Luopajärven kylässä asuviin ikäihmisiin. Aineistonhankinnan laajentaminen toiselle haja-asutusalueelle oli toimiva ratkaisu, sillä koen saaneeni haastatteluista näin enemmän irti. Tekemäni lisätyö kannatti, sillä kahden lisähaastattelun avulla sain tutkimuksen onnistumiseksi tarvittavia näkökulmia myös sosiaalihuollon palvelutarpeista. Aineiston koko on mielestäni tähän tutkimukseen riittävä, sillä sain vastaukset asettamalleni tutkimusongelmalle.

Tutkimuksessa saatuja tuloksia voi soveltaa myös muiden pienten haja-asutusalueiden kohdalla. Koska palvelujen keskittäminen kuntakeskuksiin koskettaa useaa kuntaa ja kaupunkia ympäri Suomen, liikkuvien lähipalvelujen tarvetta ilmenee todennäköisesti myös muilla paikkakunnilla. Palvelutarpeen sisältö saattaa toki poiketa tässä tutkimuksessa esille nousseista tarpeista, mutta yleisesti voitaneen todeta, että sosiaali- ja terveysalan lähipalveluita tarvitaan ikäihmisten hyvinvoinnin ja terveyden turvaamiseksi.

Tutkimustulosten saavuttaminen ei ollut itsestäänselvyys tämän tutkimuksen kohdalla. Koska kohdistin aineistonhankinnan pienelle haja-asutusalueelle, ei lopullisesta vastausprosentista ollut takeita. Tutkimuksen empiirisen osion aloittamista hidasti sopivan kohderyhmän löytäminen. Koska tavoitteena oli päästä empiriassa tehokkaasti alkuun, halusin toteuttaa kyselyn yhtä aikaa isolle ryhmälle. Ennakotietoni Ylistarossa toimivista erilaisista ikääntyneiden ryhmäkoontumisista oli kuitenkin melko olematon. Onneksi sopiva ryhmä löytyi ja pääsin aloittamaan aineistonkeruun.

Uskon aineistonhankintaan ja tulosten saavuttamiseen vaikuttaneen positiivisesti tutkimusaiheen ajankohtaisuus. Ikääntyneiden mielenkiinto ja osallistumishalukkuus saattoi lisääntyä, kun tutkimuksen tarkoituksiksi ilmaistiin tutkijan kiinnostus kehittää alueen ikääntyneiden palvelun saavuttamisen mahdollisuuksia. Halusin tehdä haastattelutuokioista enemmän vapaan keskustelun kaltaisia hetkiä, jotta haastateltavilla olisi mahdollisimman luonteva olo. Valmiiden kysymysten sijaan etenimme keskusteluissa etukäteen mietittyjen tukisanojen avulla.

Geronomin ammattiosaamisen vaatimukset ovat monipuoliset. Käytännössä geronomi pystyy työskentelemään sekä sosiaali- että terveydenhuollon tehtävissä, kuten suunnittelemassani liikkuvassa hyvinvointiyksikkö Onnikassa. Erilaiset ohjaus- ja neuvontatehtävät ovat mielestäni omiaan geronomille, sillä ikääntyneen ihmisen kokonaisvaltainen tuntemus ja ymmärtäminen mahdollistavat palvelutarpeen laaja-alaisen arvioinnin. Tässä tutkimuksessa saatujen tulosten pohjalta suunniteltu Onnikan palvelutarjonta sisältää pääasiassa sellaisia palveluja, joiden tarjoaminen on mahdollista geronomin koulutuksen avulla. Poikkeuksen tekee laboratoriokokeiden otto, mikä vaatii sairaanhoitajan ammattikorkeakoulututkinnon. Tästä johtuen Onnikassa voisi olla sekä geronomin että sairaanhoitajan/terveydenhoitajan vastaanotto. Näin mahdollistuisi myös työn moniammatillisuus.

Tämän tutkimuksen tekeminen antoi minulle paljon uusia kokemuksia. Mielenkiinto aiheeseen pysyi yllä koko tutkimuksen ajan. Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää teoriatasolla uusi palvelumalli, jonka avulla haja-asutusalueiden ikäihmisten asemaa palvelunkäyttäjinä voitaisiin parantaa. Koen päässeeni tavoitteeseeni. Jatko-tutkimusaiheena tätä tutkimusta ja siitä saatuja tuloksia voi viedä eteenpäin aina käytännön tasolle asti, varsinaisen liikkuvan hyvinvointilinja-auton suunnittelemiseen. Tämä työ tarjoaa teoriapohjaa tarvittavista palveluista, jota päivittämällä siitä saadaan pienellä työllä ajankohtainen.

LÄHTEET

- Aaltio, I. & Puusa, A. 2011. Laadullisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa Puusa, A. & Juuti, P. 2011. Menetelmäviidakon raivaajat: perusteita laadullisen tutkimuslähestymistavan valintaan. Helsinki: JTO.
- Aluehallintovirasto. 25.2.2015. Yksityiset terveyspalvelut. [Verkkosivu]. Aluehallintovirasto. [Viitattu 3.11.2015]. Saatavissa: https://www.avi.fi/web/avi/yksityiset-terveyspalvelut#.Vjihi_nhBII
- Borell, L. 2006. Aging in place. Karolinska Institutet Stockholm, Sweden. [Verkkojulkaisu]. [Viitattu 1.6.2015]. Saatavissa: http://www.researchgate.net/profile/John_Morley2/publication/225290090_Aging_in_Place/links/551f34e70cf2a2d9e1405717.pdf
- Caiels, J., Forder, J., Malley, J., Netten, A. & Windle, K. 2010. Measuring the outcomes of low-level services. Final Report Annexes. [Verkkojulkaisu]. PSSRU .Discussion paper 2727. University of Kent. [Viitattu 25.10.2015]. Saatavissa: <http://www.pssru.ac.uk/pdf/dp2727.pdf>
- Eliopoulos, C. 2013. Gerontological nursing. 8. painos. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Heikkinen, E. 18.7.2005. Iäkkäiden ihmisten terveys ja toimintakyky. [Verkkosivu]. Terveyskirjasto. [Viitattu 1.11.2015]. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00049
- Heikkinen, E. & Marin, M. 2002. Vanhuuden voimavarat. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Helsingin kaupunki. Sosiaali- ja terveysministeriö. 15.9.2014. Liikkuva suunhoidon yksikkö. [Verkkosivu]. Helsingin kaupunki. [Viitattu 18.12.2014]. Saatavissa: <http://www.hel.fi/hki/terke/fi/Terveyspalvelut/Hammashoito/Liikkuva+suunhoidon+yksikk>
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2008. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus. Helsinki University Press.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Hokkanen, L. 2014. Autetuksi tuleminen. Valtaistavan sosiaalisen asianajon edellyttämät toimijuudet. [Verkkojulkaisu]. Rovaniemi: Lapin yliopistokustannus. [Viitattu 25.10.2015]. Saatavissa: https://lauda.ulapland.fi/bitstream/handle/10024/61787/Hokkanen_ActaE%20145pdfA.pdf?sequence=4

- Husberg, A. 2013. Maaseudun palvelut 11 kuntajohtajan näkökulmasta. [Verkkojulkaisu]. Kuntaliitto. [Viitattu 28.10.2015]. Saatavissa: [file:///C:/Users/Heli/Downloads/maaseudun_palveluselvitys_kuntajohtajat_ebook%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Heli/Downloads/maaseudun_palveluselvitys_kuntajohtajat_ebook%20(1).pdf)
- Hänninen, K. 2007. Palveluohjaus. Asiakaslähtöistä täsmäpalvelua vauvasta vauriin. Stakes. Helsinki: Valopaino Oy.
- Immonen, M., Koivuniemi, J., Natunen, S. & Laasonen, K. 2012. Liikkuvat palvelukonseptit hyvinvointipalvelujärjestelmässä: Ikäihmisten hyvinvointipalvelutarpeet Etelä-Karjalan haja-asutusalueella. Lappeenrannan teknillinen yliopisto. [Verkkojulkaisu]. Lappeenranta. [Viitattu 6.1.2015]. Saatavissa: http://www.lut.fi/documents/27578/78705/TBRC+Working+Papers+24_Liikkuva_t+palvelukonseptit+hyvinvointipalveluj%C3%A4rjestelm%C3%A4ss%C3%A4.pdf/15c91623-a802-480c-9e81-98c2f676cb90
- Kananoja, A., Lähteinen, M. & Marjamäki, P. 2010. Sosiaalityön käsikirja. Helsinki: Tietosanoma Oy.
- Kananoja, A., Niiranen, V. & Jokiranta, H. 2008. Kunnallinen sosiaalipolitiikka. Osallisuutta ja yhteistä vastuuta. Juva: WS Bookwell Oy.
- Karisto, A. 2004. Kolmas ikä: Uusi näkökulma väestön vanhenemiseen. Toimittaja: Kautto, M. [Verkkojulkaisu]. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja; 3. [Viitattu 20.11.2014]. Saatavissa: https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10224/4042/kolmas_ika_uusi_nakokulma2004.pdf?sequence=1
- Karsisto, J. 2014. Liikkuvat palvelut maaseudun tulevaisuus? Maisterin tutkinnon opinnäyte. Teollisen muotoilun koulutusohjelma. Muotoilun laitos. Taiteiden ja suunnittelun korkeakoulu. Aalto-yliopisto. [Verkkojulkaisu]. [Viitattu 18.12.2014]. Saatavissa: file:///C:/Users/Heli/Downloads/master_Karsisto_Janne_2014.pdf
- Kautto, M. 2004. Ikääntyminen voimavarana. Tulevaisuusselonteon liiteraportti 5. [Verkkojulkaisu]. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 33/2004. [Viitattu 21.11.2014]. Saatavissa: <http://vnk.fi/julkaisukansio/2004/j33-ikaantyminen-voimavarana/pdf/fi.pdf>
- Kivelä, S-L. 2012. Hyviä vuosia. Arvokas ja turvallinen ikääntyminen. Helsinki: Kustannus- Osakeyhtiö Kotimaa/Kirjapaja.
- Kiviniemi, K. 2010. Laadullinen tutkimus prosessina. Teoksessa: Aaltola, J. & Valli, R. Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. Juva: WS Bookwell Oy.

Kotisairaala Luotsi. Kotisairaala- ja kotisairaanhoidtoa Turussa ja Varsinais-Suomessa. [Verkkosivu]. [Viitattu 18.12.2014]. Saatavissa: <http://www.kotisairaala.fi/>

Kuntaliitto 2013. Perusoikeudet nostettava markkinaehtoisuuden rinnalle. Maa-seudun palvelut politiikkadialogi 2013. [Verkkojulkaisu]. Suomen kuntaliitto. [Viitattu 29.10.2015]. Saatavissa: [http://www.kpkylat.fi/sites/default/files/Policybrief%20Maaseudun%20palvelut%20politiikkadialogi%20\(1\).pdf](http://www.kpkylat.fi/sites/default/files/Policybrief%20Maaseudun%20palvelut%20politiikkadialogi%20(1).pdf)

Kuntaliitto. 2014. Lähipalvelut - mitä nekin nyt ovat? [Verkkojulkaisu]. Suomen kuntaliitto. [Viitattu 12.2.2015]. Saatavissa: [fi-
le:///C:/Users/Heli/Downloads/lahipalvelut_ebook.pdf](file:///C:/Users/Heli/Downloads/lahipalvelut_ebook.pdf)

Kytö, H. 4.6.2012. Lähipalvelujen merkitys kasvaa väestön ikääntyessä. [Verkkosivu]. Tilastokeskus. Hyvinvointikatsaus 2/2012. [Viitattu 19.12.2014]. Saatavissa: http://www.stat.fi/artikkelit/2012/art_2012-06-04_002.html?s=0

Lyyra, T-M., Pikkarainen, A. & Tiikkainen P. 2007. Vanheneminen ja terveys. Helsinki: Edita.

Meinilä, A. (toim.) 2014. Mitä ONNI on? Terveys- ja hyvinvointiauto ONNI – uudenlainen oppimis- ja työympäristö. [Verkkojulkaisu]. Lapin amk:n julkaisuja. Sarja B. Raportit ja selvitykset 7/2014. [Viitattu 14.6.2015]. Saatavissa: http://www.lpshp.fi/media/files/miehininen_juttu/onni_auto.pdf

Niemelä, R. 2003. Tiedonhankinnan epävarmuus ja hallinta. Opettaja- ja eläkeläisten arkielämän tiedonhankinnan tarkastelua. Informaatiotutkimus 22 (3). [Verkkojulkaisu]. [Viitattu 2.11.2015]. Saatavissa: <file:///C:/Users/Heli/Downloads/2200-5144-1-PB.pdf>

Nurmi, M. 2006. Yleistä vanhenemisesta. Kymenlaakson ammattikorkeakoulu. Nettineuvo. [Verkkosivu]. [Viitattu 18.11.2014.] Saatavissa: <http://www.nettineuvo.fi/index.asp>

Palveluopas Seinäjoen ikäihmisille. 01/2005. Seinäjoen kaupunki. Sosiaali- ja terveyskeskus. Ikäkeskus.

Pietiläinen, E. & Seppälä, H. 2008. Palveluohjaus asiakastyössä ja organisaatiossa. 4. painos. Kehitysvammaliitto.

Rantanen, T. 8.7.2014. Sähköiset palvelut. [Verkkosivu]. Kunnat.net. [Viitattu 12.2.2015]. Saatavissa: <http://www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/tyk/asiakaspalvelut/sahkoisetpalvelut/Sivut/default.aspx>

Ronkainen, S., Pehkonen, L., Lindblom-Ylänne, S. & Paavilainen, E. 2013. Tutkimuksen voimasanat. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Savonia. Suupirssi. [Verkkosivu]. Savonia-ammattikorkeakoulu. [Viitattu 15.6.2015]. Saatavissa: <https://portal.savonia.fi/amk/fi/palvelut-yrityksille/asiantuntijapalvelut/hyvinvointipalvelut/suupirssi>

SeAmk. Geronomina työelämässä. [Verkkosivu]. Seinäjoen ammattikorkeakoulu. [Viitattu 2.5.2015]. Saatavissa: <http://www.seamk.fi/fi/Koulutus/Koulutusalat/AMK-tutkinnot/Geronomi-%28AMK%29>

Seinäjoki a. Kuljetuspalvelut ja liikkuminen. [Verkkosivu]. Seinäjoen kaupunki. [Viitattu 2.10.2015]. Saatavissa: <http://www.seinajoki.fi/sosiaali-jaterveyspalvelut/ikaantuvienpalvelut/tukeakotiin/kuljetuspalvelut.html>

Seinäjoki b. Ylistaron palveluliikenne. [Verkkosivu]. Seinäjoen kaupunki. [Viitattu 2.10.2015]. Saatavissa: <http://www.seinajoki.fi/asuminenjaymparisto/kadutjaliikenne/joukkoliikenne/palveluliikenne/ylistaronpalveluliikenne.html>

Seinäjoki c. Kuljetuspalvelut. [Verkkosivu]. Seinäjoen kaupunki. [Viitattu 2.10.2015]. Saatavissa: <http://www.seinajoki.fi/sosiaali-jaterveyspalvelut/vammaispalvelut/kuljetuspalvelut.html>

Simpanen, R. 7.2.2013. Palveluja pyörillä. Mallu -klinikka-auto. [Verkojulkaisu]. Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiiri. [Viitattu 14.6.2015]. Kunnat.net. Saatavissa: <http://www.kunnat.net/fi/tietopankit/tapahtumat/aineisto/2013/tk-johto/Documents/2013-02-07-10-Simpanen-Ritva.pdf>

Sosiaalihuoltolaki. 18.6.2015. Sosiaalihuoltolain soveltamisopas. [Verkojulkaisu]. Sosiaalihuoltolaki. [Viitattu 15.10.2015]. Saatavissa: <file:///C:/Users/Heli/Downloads/Sosiaalihuoltolain%20soveltamisopas.pdf>

Sosiaali- ja terveysministeriö a. 16.10.2014. Kotihoidon kokeilua jatketaan vuoden 2016 loppuun. Sosiaali- ja terveysministeriön tiedote 221/2014. [Verkkosivu]. Sosiaali- ja terveysministeriö. [Viitattu 30.4.2015]. Saatavissa: <http://www.stm.fi/tiedotteet/tiedote/-/view/1893881>

Sosiaali- ja terveysministeriö b. 29.12.2011. Palvelut ja etuudet ikääntyneille. [Verkkosivu]. Sosiaali- ja terveysministeriö. [Viitattu 2.6.2015]. Saatavissa: http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/ikaihmiset/palvelut_ja_etuudet

- Sosiaali- ja terveysministeriö c. 2008. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:3. [Verkkajulkaisu]. Sosiaali- ja terveysministeriö. [Viitattu 2.1.2015]. Saatavissa: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3672.pdf&title=Ikäihmisten_palvelujen_laatusuositus_fi.pdf
- Squire, A. 2002. Health and well-being for older people. Foundations for practise. Baillière Tindall.
- Sulkava, R. 19.1.2009. Vireyden säilyttäminen. [Verkkosivu]. Terveyskirjasto. [Viitattu 3.11.2015]. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00155
- Suomalainen, T. 9.6.2014. Liikkuvat palvelut: Klinikka-auto Mallu tuo hoidon lähelle. [Verkkosivu]. Tesso. Sosiaali- ja terveystieteiden aikakauslehti. [Viitattu 18.12.2014]. Saatavissa: <http://www.tesso.fi/artikkeli/klinikka-auto-mallu-paikkaa-ja-taydentaa-terveyspalveluita-taajamissa>
- Suomen kuntaliitto. 2002. Ehkäisevät kotikäynnit vanhuksille. Kuntakyselyn tulokset sekä kotimaisia ja ulkomaisia käytäntöjä. Helsinki: Kuntatalon paino.
- Suomi, A. & Hakonen, S. (toim.) 2008. Kuluerästä voimavaraksi. Juva: WS Bookwell Oy.
- Tedre, S. & Pulkkinen, A. 2011. Kulkeminen avaimena ikääntyvien maalla asumisen mahdollisuuksiin. Yhteiskuntapolitiikka 76 (2011):3.
- Tepponen, M. 29.3.2012. Miten asiakkaan tarpeiden arviointi, palveluohjaus ja hoito- ja palveluketjut kohtaavat? [Verkkajulkaisu]. Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus. [Viitattu 28.11.2014]. Saatavissa: <http://videonet.fi/thl/20120329/4/tepponen.pdf>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 14/2013. Vanhuspalvelulaki – pykälästä toiminaksi. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012. [Verkkajulkaisu]. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. [Viitattu 15.11.2015]. Saatavissa: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110437/URN_ISBN_978-952-245-966-4.pdf?sequence=1
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 23.5.2014. Esittelyssä liikkuvat palvelut. [Verkkajulkaisu]. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. [Viitattu 18.12.2014]. Saatavissa: <http://www.thl.fi/fi/ajankohtaista/tapahtumat/terve-sos-2015/koulutustapahtuman-ohjelma/keskiviikko-75/esittelyssa-liikkuvat-palvelut>
- Tilastokeskus. 7.12.2011. Maaseutu-taaja-asutus –jako. [Verkkosivu]. Tilastokeskus. [Viitattu 4.1.2015]. Saatavissa: http://www.stat.fi/tup/msind/msind_aluetyypit.html

- Toimintakyvyn arviointi. 16.9.2014. Mitä toimintakyvyllä tarkoitetaan? [Verkkosivu].
Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. [Viitattu 20.11.2014]. Saatavana:
<http://www.thl.fi/fi/web/vammaispalvelujen-kasikirja/palvelujen-jarjestamisprosessi/palvelutarpeen-selvittaminen/toimintakyvyn-arviointi>
- Tuomi, J. 2007. Tutki ja lue. Johdatus tieteellisen tekstin ymmärtämiseen. Helsinki:
Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Tuomi, J. & Sarajarvi, A. 2003. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki:
Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Vaarama, M. 2009. Ikääntyminen riskinä ja mahdollisuutena. Poliittisen kestävyys-
den alaryhmän raportti. [Verkkojulkaisu]. Valtioneuvoston kanslian raportteja
3/2009. [Viitattu 21.11.2014]. Saatavissa: <http://vnk.fi/julkaisukansio/2009/r03-ikaantymisen-riskina-ja-mahdollisuutena/pdf/fi.pdf>
- Välikangas, K. 2009. Yhteisöllisyyttä, laatua ja vaihtoehtoja Ikääntyneiden väli-
muotoisen asumisen ratkaisuja Ruotsissa, Norjassa, Tanskassa ja Hollannissa.
[Verkkojulkaisu]. Suomen ympäristö 13/2009. [Viitattu 1.6.2015]. Saatavissa: <file:///C:/Users/Heli/Downloads/SY13yhteisollisyyttalaatuja vaihtoehtoja.pdf>
- WHO. 2015. What is active ageing? Ageing and Life Course. [Verkkosivu]. World
Health Organization. [Viitattu 2.1.2015]. Saatavissa:
http://www.who.int/ageing/active_ageing/en/
- Zitting, J. & Ilmarinen, K. 2010. Missä on lähipalvelu? Lähipalvelukäsitteen määrit-
tely ja käyttö julkisissa asiakirjoissa. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki:
Yliopistopaino.
- Äinään seutu. 9.4.2014. Linkku tuo liikkuvan palveluympäristön Asikkalaan. [Verk-
kosivu]. Äinään seutu. [Viitattu 14.6.2015]. Saatavissa:
<http://www.ainaanseutu.net/uutiset.html?a100=7>

LIITTEET

Liite 1. Kyselylomake

Liite 2. Haastattelurunko osa 1.

Liite 3. Haastattelurunko osa 2.

Liite 4. Haastattelun saatekirje

Liite 5. Teemoittelu

Liite 1. Kyselylomake



SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU
SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Hyvä ylistarolainen,

Olen Seinäjoen ammattikorkeakoulun 3. vuoden geronomi- eli vanhustyön opiskelija. Teen opinnäytetyötä, jonka tarkoituksena on tutkia sosiaali- ja terveysalan lähipalvelujen saatavuutta ja tarvetta kaupunkien haja-asutusalueilla. Toivon, että vastaisitte alla oleviin kysymyksiin oman näkemyksenne mukaan. Kysely tapahtuu nimettömänä.

Teillä on mahdollisuus osallistua myös yksilöhaastatteluun, jossa voitte esittää tarkemmin ajatuksianne sosiaali- ja terveyspalvelujen saatavuudesta omalla asuinalueellanne. Haastattelu tapahtuu nimettömänä. Otan yhteyttä puhelimitse haastatteluun haluaviin **helmi-maaliskuun 2015 aikana**.

Kyselylomakkeen voitte palauttaa nimettömänä. Mikäli haluatte osallistua yksilöhaastatteluun, täyttäkää yhteystietonne sivulle viisi ja palauttakaa tiedot kyselylomakkeen mukana. Yhteystietoja tarvitsen yhteydenottoa varten ja tiedot hävitetään haastattelun jälkeen.

Vastauksenne lomakkeessa esitettyihin kysymyksiin ja osallistumiseen haastatteluun on ensiarvoisen tärkeää opinnäytetyölleni, joten toivon, että osallistutte tähän tutkimukseen.

Kiitos vastauksestanne!

Ystävällisin terveisin,

Heli Hietala, puh. 040 745 9738

Geronomi-opiskelija

Seinäjoen ammattikorkeakoulu

1. Ikä? _____

2. Sukupuoli

☐ Mies

☐ Nainen

3. Mikä on kotinne etäisyys Ylistaron keskusta? _____

4. Miten pääasiassa hoidatte asioilla käynnin?

☐ Omalla autolla

☐ Naapureiden, ystävien tai sukulaisten kyydillä

☐ Julkisten liikennepalvelujen avulla

☐ Muulla tavoin, miten _____

5. Koetteko, että maaseudulla keskusta-alueen ulkopuolella asuminen heikentää sosiaali- ja terveysten palvelujen saatavuutta omalla kohdallanne?

☐ Kyllä, miksi _____

☐ Ei, miksi _____

6. Minkälaisille sosiaali- ja terveystalveluille koette itsellänne olevan tarvetta? Voitte valita yhden tai useamman vaihtoehdon.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Terveystneuvonta | <input type="checkbox"/> Taloudellinen neuvonta |
| <input type="checkbox"/> Lääkärin vastaanotto | <input type="checkbox"/> Omaishoidon tuki |
| <input type="checkbox"/> Hammaslääkäri | <input type="checkbox"/> Kotona asumisen palvelut |
| <input type="checkbox"/> Päihdepalvelut | <input type="checkbox"/> Palvelutarpeen arviointi |
| <input type="checkbox"/> Muu, mikä _____ | |

7. Mitkä edellä mainituista sosiaali- ja terveystalveluista tulisi mielestänne olla lähitalveluita, miksi? _____

8. Miten suhtaudutte ajatukseen hyvinvointilinja-autosta, jonka avulla palvelut tuotaisiin suoraan asiakkaan luo? _____

9. Miten ajattelisitte hyvinvointilinja-auton vaikuttavan arkeenne?

☐ Arkeni helpottuisi, miksi _____

☐ Arkeni vaikeutuisi, miksi _____

☐ Hyvinvointilinja-auto ei vaikuttaisi arkeeni, miksi _____



SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU
SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Mikäli haluatte osallistua yksilöhaastatteluun, palauttakaa yhteystietonne kyselylomakkeen mukana. Yhteystiedot hävitetään haastattelujen jälkeen.

Haluan osallistua haastatteluun maalis-toukokuun 2015 aikana.

☐ Kyllä

Nimi _____

Osoite _____

Puh. _____

Liite 2. Haastattelurunko osa 1.

Asiakaslähtöisyys

1. Ikääntyvien sosiaalisten ja terveydellisten tarpeiden huomioiminen
2. Palvelun yksilöllisyys/henkilökohtaisuus
3. Hyvän palvelun kulmakivet ikääntyneiden kohdalla

Ikääntyminen

1. Muutokset palvelujen tarpeessa

Syrjäseudulla asuminen

1. Syrjäseudulla asumisen vaikutukset hyvinvointipalvelujen saatavuuteen
2. Palvelujen keskittäminen ja sen tuomat haasteet
3. Liikkuminen ja sen tuomat haasteet

Tulevaisuus

1. Tulevaisuuden näkymät palvelujen saatavuuden suhteen: muutokset palvelujen tarpeessa?
2. Palvelujen sähköistymisen vaikutukset?

Liikkuvat hyvinvointipalvelut

1. Kuinka usein?
2. Mitä palveluita?

Kehittämiskohteet

1. Palvelut
2. Saatavuus

Vapaa sana

1. Mielessä olevia asioita

Liite 3. Haastattelurunko osa 2.

Perustiedot

1. Ikä?
2. Sukupuoli?
3. Kodin etäisyys Jalasjärven keskustaan?
4. Asioilla liikkuminen (itse/muiden avustuksella/muut hoitaa kokonaan, kulkuväline)?

Sosiaali- ja terveysalan palvelut

1. Haja-asutusalueella asumisen (heikentävät) vaikutukset sosiaali- ja terveyspalvelujen saatavuuteen, miten vaikutukset näkyvät päivittäisessä arjessa?
2. Haja-asutusalueella asumisen vaikutukset muiden kuin sosiaali- ja terveyspalvelujen saatavuuteen?
3. Mikä/mitkä asiat tuottavat haasteita päivittäisessä arjessa?
4. Millaisia sosiaali- ja terveysalan palveluita on tällä hetkellä käytössä?
5. Minkälaiset hyvinvointi- ja tukipalvelut tukevat kotona asumista omalla kohdalla (ateria-, kauppa-, siivouspalvelu ym.)?
6. Minkälaisille muille sosiaali- ja terveyspalveluille olisi tarvetta omalla kohdalla?
7. Millaisien hyvinvointipalvelujen saatavuudesta/toiminnasta olisi hyvä saada lisätietoa?

Liikkuva hyvinvointipalvelukonsepti

1. Onko aikaisempaa tietoa liikkuvista hyvinvointipalveluista?
2. Minkälaisia ajatuksia hyvinvointilinja-auto herättää?
3. Lisäisikö hyvinvointilinja-auto sosiaali- ja terveyspalvelujen lähipalvelujen käyttöä omalla kohdalla?
4. Millaisia vaikutuksia hyvinvointilinja-autolla olisi omaan hyvinvointiin?

Liite 4. Haastattelun saatekirje



SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU
SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Hyvä _____,

Kiitos osallistumisestanne opinnäytetyöni haastatteluun _____.

Opinnäytetyössäni tutkin liikkuvien hyvinvointipalvelujen tarvetta kaupunkien haja-asutusalueilla. Tutkimukseni valmistuu syksyllä 2015. Olen kiinnostunut haja-asutusalueiden asukkaiden näkemyksistä liikkuvien hyvinvointipalvelujen tarpeellisuudesta ja sen vuoksi vastauksenne ovat ensiarvoisen tärkeitä tutkimukselleni.

Mukavaa kevään jatkoa toivotellen,

Heli Hietala

päiväys

Geronomi-opiskelija
Seinäjoen ammattikorkeakoulu
Puh. 040 745 9738

Liite 5. Teemoittelu

Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka / tulokset
Teema: maaseutuasumisen heikentävät vaikutukset palvelujen saatavuuteen		
"Ei ainakaan mulle oo kukaan edes ilmoittanu tai soittanu tai sanonu mitään että voit tulla tänne tai ei mitään, se on vaan Seinäjoes aina."	Palvelut kaukana	Julkisten liikenneyhteysien puute heikentää sosiaali- ja terveystalvelujen saatavuutta maaseudulla
"Lääkärin pitää olla lähempänä. Kyllä se oli huono kun me sinne Seinäjokehen muutettiin niin se tekee niin suuren loven."	Palvelut kaukana	Julkisten liikenneyhteysien puute heikentää sosiaali- ja terveystalvelujen saatavuutta maaseudulla
"Kun ei täällä käy, yksikään linja-auto ei käy tällä puolella jokea, se oliskin suuri asia jos menis."	Kulkemisen hankaluus	Julkisten liikenneyhteysien puute heikentää sosiaali- ja terveystalvelujen saatavuutta maaseudulla
"Siellä kyllä paljon käydään siellä aikuisneuvolan sairaanhoitajan vastaanotolla, eikä sinnekään tahdo aina päästä, siinä menee vähintään päivä, että kyllä sinne kovasti on käyjiä, että ne tarvii sitä."	Palvelujen saatavuus	Julkisten liikenneyhteysien puute heikentää sosiaali- ja terveystalvelujen saatavuutta maaseudulla
"Kyllä palveluja saa, jos niitä on annettavana. Mutta se riippuu, onko niitä palveluja annettavana. Kun aina vain supistetaan kaikkia."	Palvelujen saatavuus	Julkisten liikenneyhteysien puute heikentää sosiaali- ja terveystalvelujen saatavuutta maaseudulla
No linja-autojahan ei oo, kuin ne kaksi, joilla aamuisin pääsee, ei niillä pääse enää päivän mittaan takaisin seinäjoelta."	Kulkemisen hankaluus	Julkisten liikenneyhteysien puute heikentää sosiaali- ja terveystalvelujen saatavuutta maaseudulla
"Kulukeminen on hankalaa. Turhanpäiten ei tuu lähdettyä."	Kulkemisen hankaluus	Julkisten liikenneyhteysien puute heikentää sosiaali- ja terveystalvelujen saatavuutta maaseudulla
"Poika kuljettaa mua silloin, kun töiltänsä ehtii."	Kulkemisen hankaluus	Julkisten liikenneyhteysien puute heikentää sosiaali- ja terveystalvelujen saatavuutta maaseudulla
"Pankkiasiat pitää hoitaa tietokoneella, on se hankalaa."	Palvelujen saatavuus	Julkisten liikenneyhteysien puute heikentää sosiaali- ja terveystalvelujen saatavuutta maaseudulla